



## GIUNTA REGIONALE

Seduta in data 14 OTT. 2019 Deliberazione N. 602

Negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal  
Sig. Presidente Dott. Marco MARSILIO

con l'intervento dei componenti:

|                         | P                                   | A                        |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. IMPRUDENTE Emanuele  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. CAMPITELLI Nicola    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. FEBBO Mauro          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. FIORETTI Piero       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. LIRIS Guido Quintino | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. VERI' Nicoletta      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Svolge le funzioni di Segretario Daniela Valenza

### OGGETTO

**PRECISAZIONI E CHIARIMENTI AGLI SCHEMI NEGOZIALI 2019 RELATIVI ALLA RETE PRIVATA ACCREDITATA OSPEDALIERA E TERRITORIALE**

### LA GIUNTA REGIONALE

**VISTA** la DGR n. 644 del 20.10.2016 (Preso d'atto della cessazione dei mandati commissariali conferiti al Commissario ad Acta ed al suo sub Commissario, rispettivamente con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 e del 7 giugno 2012, e passaggio alla gestione ordinaria regionale) ed in particolare il punto 2 del deliberato, a tenore del quale dalla data di cessazione del mandato commissariale la Regione Abruzzo rientra nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale *nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari*;

**VISTE** le deliberazioni giuntali con le quali sono stati approvati i tetti di spesa e gli schemi di contratto per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali da privato accreditato, anno 2019, e precisamente:

- DGR n. 348 del 18/06/2019 (prestazioni ospedaliere) - DGR n. 349 del 18/06/2019 (prestazioni riabilitative ex art. 26, Residenze sanitarie assistenziali, Residenze protette e Strutture psico-riabilitative) - DGR n. 367 del 24/06/2019 (prestazioni di Specialistica ambulatoriale - Stabilimenti FKT, Studi di radiologia, Case di Cura, Studi Medici-branche a visita) - DGR n. 318 del 3/06/2019 (prestazioni termali);

**CONSIDERATO** che nei suindicati provvedimenti è consentito, agli erogatori privati accreditati ammessi alla contrattazione, presentare osservazioni sullo schema di contratto proposto;

**CONSIDERATO**, inoltre, che i predetti provvedimenti sono stati trasmessi ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze ai fini della relativa validazione;

**RILEVATO** che gli Erogatori ed i Ministeri affiancanti hanno espresso alcune osservazioni sugli schemi negoziali approvati che impongono la necessità di fornire opportuni chiarimenti al fine di ovviare a possibili dubbi interpretativi ed applicativi;

**PRESO ATTO**, a tal fine, dei Documenti istruttori sulle osservazioni degli erogatori privati – Allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale (Allegato 1 e Allegato 2 – Allegato 3) - che hanno fornito, ciascuno per l'ambito di competenza, elementi di valutazione ai fini del relativo riscontro;

**RILEVATO**, con riferimento ai rilievi espressi, che:

➤ **DGR 348/2019 ( schema negoziale 2019 – prestazioni ospedaliere) art. 5**

- il confronto del testo dell'art 5 dello schema contrattuale per l'acquisto di prestazioni ospedaliere approvato con DGR 348/2019 con quello del medesimo articolato adottato nella precedente tornata contrattuale con DGR 634/2017 dimostra che i contenuti delle due formulazioni (a parte la misura dell'oscillabilità), sono comunque sostanzialmente in linea, in quanto la nuova formulazione (DGR 348/2019) si limita ad inserire un richiamo esplicito *"all'utilizzo flessibile dei posti letto accreditati per disciplina di cui alla LR 6/2007"*, già esistente nella vecchia enunciazione (DGR 634/2017) all'art 3 comma 3 dello schema contrattuale che rinvia ai *"criteri di utilizzo di cui alla L.R. n.6/2007 ed alle vigenti disposizioni nazionali e regionali"*;

- il rimando alla LR n. 6/2007 è presente negli schemi contrattuali della Regione Abruzzo, sottoposti al vaglio dei Ministeri affiancanti, sin dal 2010 e, dal 2013, è stato interpretato ufficialmente con la nota commissariale del 19.06.2013 Prot. RA/157853/Comm, tra l'altro espressamente richiamata dallo schema negoziale di cui alla DGR n. 348/2019, secondo cui *"il limite giornaliero in termini di presenze di pazienti nell'ambito della casa di cura non può superare il numero dei posti letto provvisoriamente accreditati"* e che *"l'utilizzo flessibile dei posti letto nell'ambito della stessa AFO è consentito con carattere di eccezionalità"*;

- le sentenze del Consiglio di Stato nn.4316,4314,4310,4308,4284, tutte del 2019 e di identico contenuto, nel ribadire la legittimità del DCA n. 64/12, hanno affrontato anche il problema dell'interpretazione della LR 6/2007 e, dopo aver rilevato che si tratta di *"previsione di non perspicua lettura"*, hanno concluso che *"occorre tuttavia renderne un'interpretazione che le conferisca un senso plausibile all'interno del quadro normativo nel quale è inserita"*;

- la LR n. 6/2007, come riconosciuto dal Consiglio di Stato, è norma pienamente vigente ed atto di normazione primaria che, anche nell'ipotesi in cui non fosse richiamata nello schema di contratto, obbligherebbe comunque la Regione a darvi attuazione sebbene alla luce ed in conformità ai pronunciamenti del giudice amministrativo secondo cui la previsione recata dalla legge regionale deve essere intesa nel senso che *"il superamento delle degenze giornaliere previste per le singole specialità non è consentito alle case di cura private, se non in via d'eccezione"*;

**RIBADITO**, pertanto, che l'art 5 va interpretato in continuità con le indicazioni già espresse nella nota commissariale citata e nel rispetto dei contenuti della LR 6/2007, come chiariti ed interpretati dal Consiglio di Stato, ovvero che l'utilizzo flessibile dei posti letto nell'ambito della stessa AFO è consentito con carattere di eccezionalità in quanto *"il superamento delle degenze giornaliere previste per le singole specialità non è consentito alle case di cura private, se non in via d'eccezione"*;

**RIBADITA**, con l'occasione, anche l'efficacia e la legittimità del DCA n. 64/2012 e della DGR n. 611/2017 richiamati espressamente dalla DGR n. 348/2019 e dagli altri provvedimenti regionali di approvazione degli schemi contrattuali 2019;

**CONFERMATO**, pertanto, l'obbligo per gli uffici competenti di procedere alle verifiche del tasso di occupazione giornaliero, per disciplina, che dovrà essere effettuato attraverso il file di produzione allegato alla fattura oltre che mediante la verifica in qualunque momento sull'accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, legittimità e congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore, come previsto dall'art. 11 del contratto di acquisto di prestazioni ospedaliere approvato con DGR 348/2019 e tenuto conto di quanto disposto dal DCA 64/12 e dalla DGR 611/2017;

➤ **DGR 348 (schema negoziale 2019 prestazioni ospedaliere) – 349 (schema negoziale 2019 prestazioni territoriali)– 367 (schema negoziale 2019 prestazioni di specialistica ambulatoriale) – Art. 5**

1. la ratio dell'oscillabilità mensile è quella di far fronte a possibili flessioni fisiologiche della domanda sanitaria e di garantire i LEA anche al verificarsi di situazioni complesse dal punto di vista clinico-assistenziale;
2. in ogni caso è fatto obbligo all'erogatore di rispettare il limite massimo del tetto di spesa annuo e comunque la produzione eccedente il suddetto tetto massimo annuale non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo ed è inesigibile;
3. il ricorso all'oscillabilità, pertanto, previa tempestiva comunicazione all'Azienda USL di afferenza, è eccezionale, proprio in ragione dell'invalicabilità del tetto di spesa annuale e dell'obbligo, per l'erogatore, di garantire la continuità delle prestazioni per l'intero anno;
4. la fase avanzata del procedimento di conclusione degli accordi negoziali 2019 impone di rinviare alla negoziazione 2020 gli ulteriori adeguamenti richiesti dai Ministeri affiancanti;

**RITENUTO**, poi, in relazione a specifiche osservazioni presentate dagli Erogatori privati accreditati con riferimento alla DGR n. 349/2019,( schema negoziale 2019 prestazioni territoriali):

1. Art. 12 – di riproporre, modificando il c. 3 dello schema contrattuale, il testo presente nella contrattazione 2018, ovvero *"La fattura deve indicare le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente"*, sul rilievo che il riferimento all'obbligo di fatturazione per i pazienti extra regionali non è oggetto della presente negoziazione;
2. Art. 14 - di inserire, a tutela dell'erogazione dei LEA, per tutte le tipologie residenziali dell'area territoriale, il c. 6 *"Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale dei pazienti in regime residenziale, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto alla Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi quindici giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente"*;
3. di ribadire la previsione recata dalla DGR n. 101/2018, relativa alle strutture ubicate in Via Maiella, al verificarsi delle condizioni e secondo le modalità stabilite dall'Organo commissariale con nota Prot. n. RA/0031581/16 del 06.09.2016;
4. di rilevare, in ordine alla richiesta della struttura Il Quadrifoglio relativa all'Allegato I della D.G.R. n. 349/2019, che il Consiglio di Stato, con sentenza n 04316/2019, ha ulteriormente chiarito che



*“l’accreditamento (per prestazioni e posti letto distinti per specialità e disciplina) costituisce la cornice entro la quale è possibile riconoscere alla struttura la remunerazione per le prestazioni rese”* in questo senso, del resto, depongono non solo la vigente normativa nazionale e regionale ma anche le previsioni recate dallo schema di accordo negoziale in commento;

5. di confermare il rinvio della contrattazione per le strutture Santa Camilla Srl e Nova Salus Srl, dato il contenzioso pendente, relativo alla negoziazione 2016, 2017 e 2018, precisando che il tetto di spesa valido per il 2019 per le prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 è in assoluta continuità con le predette annualità;
6. di precisare che, non essendo costituita la ASL unica regionale, il budget viene determinato su base territoriale e pertanto ciascuna struttura è chiamata a far riferimento all’Azienda USL nell’ambito territoriale nella quale si trova ad operare;

➤ **DGR 367/2019 (schema negoziale 2019 prestazioni di specialistica ambulatoriale)**

1. Art 14 – di precisare che l’art. 8 quinquies c. 2 lett. e bis del D.lgs 502/92 *“fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell’equilibrio economico programmato”* indica quale elemento imprescindibile alla conclusione di accordi integrativi, l’equilibrio economico programmato;
2. di confermare, atteso che la negoziazione della corrente annualità fa riferimento ai provvedimenti, già peraltro citati nella DGR n. 367/2019, ovvero la nota Prot. n. RA 347364/18 del 11.12.2018 *“Tetti di spesa provvisori per i contratti di acquisto sanitarie da soggetti privati accreditati anno 2019. Comunicazioni”* e la DGR n. 913 del 28 novembre 2018 (*Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2019-2021*), la sostanziale continuità con la programmazione del Piano di Riqualificazione 2016-2018, senza individuare risorse ulteriori al di fuori del perimetro di programmazione economico-contabile su richiamato, che consentano di rinvenire margini spendibili nel senso richiesto dalle strutture;

➤ **DGR 318/2019 (schema negoziale 2019 prestazioni termali) - Clausola di salvaguardia**

La clausola di salvaguardia per le prestazioni di assistenza termale, pur risultando nella medesima formulazione della contrattazione 2016-2018 già assentita dai Ministeri, va uniformata alla formulazione recata dagli schemi negoziali di cui alle DGR 348, 349, e 367;

**RITENUTO**, tuttavia, di uniformare la formulazione della clausola di salvaguardia delle prestazioni di assistenza termale a quella prevista negli schemi contrattuali di cui DGR 348 (Schema negoziale 2019 prestazioni ospedaliere) DGR 349/2019 (Schema negoziale 2019 prestazioni territoriali) DGR 367 (Schema negoziale 2019 prestazioni di specialistica ambulatoriale) ;

**PRESO ATTO** della richiesta ministeriale di introdurre nello schema di contratto misure sanzionatorie nei confronti dei Direttori Generali e degli Erogatori privati per la mancata emissione delle note di credito nelle precedenti annualità contrattuali;

**RITENUTO** che qualunque contenuto sanzionatorio incidente sull’accreditamento, in caso di violazioni del contratto, debba trovare idonea collocazione in specifici provvedimenti a carattere generale e normativo anche al fine di non esporre la Regione ad ulteriori contenziosi connessi alla natura pattizia dei contratti;

**RILEVATO** che attualmente la LR. 32/2007 e ss.mm.ii. prevede quale unica misura sanzionatoria la revoca dell’accreditamento nel caso di inadempimento grave degli obblighi contrattuali;

**RITENUTO** di demandare ai competenti Servizi del Dipartimento Sanità la predisposizione di un documento tecnico per l’integrazione e l’aggiornamento, alla luce delle criticità espresse dai Ministeri, dei contenuti recata dalla LR n. 32/2007 e ssmmii;

**ATTESO** che il contratto, che vede come controparti gli erogatori privati, non rappresenta lo strumento idoneo ad individuare misure sanzionatorie nei confronti dei Direttori Generali, per la gestione della problematica delle note di credito, a maggior ragione se riferite ad annualità precedenti;

**RITENUTO**, pertanto, di demandare ai competenti Servizi del Dipartimento Salute l'avvio del procedimento per la ridefinizione e l'aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali aziendali;

**RILEVATO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di somma urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla definizione delle negoziazioni con le strutture private di che trattasi;

**PRECISATO** che dal presente atto non derivano oneri di spesa per il bilancio regionale essendo la stessa a carico del FSR;

**VISTA** la L.R. 14/09/1999 n. 77 (Norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro della Regione Abruzzo);

**A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE  
D E L I B E R A  
per le motivazioni specificate in premessa,  
che qui si intendono integralmente trascritte e approvate**

1. **di PRECISARE** che la premessa è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. **di PRENDERE** atto e fare propri i Documenti istruttori sulle osservazioni degli erogatori privati – allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale (Allegato 1 e Allegato 2 – Allegato 3);
3. **di RIBADIRE**, in continuità con le indicazioni espresse nella nota commissariale del 19.06.2013 Prot. RA/157853/Comm. e nel rispetto dei contenuti della LR 6/2007 come interpretati e chiariti dal Consiglio di Stato nelle sentenze di cui in premessa, che l'utilizzo flessibile dei posti letto nell'ambito della stessa AFO è consentito con carattere di eccezionalità in quanto *"il superamento delle degenze giornaliere previste per le singole specialità non è consentito alle case di cura private, se non in via d'eccezione"*;
4. **di RIBADIRE**, con l'occasione, anche la piena efficacia e legittimità del DCA n. 64/2012 e della DGR n. 611/2017;
5. **di CONFERMARE**, pertanto, l'obbligo, per gli uffici competenti, di procedere alle verifiche del tasso di occupazione giornaliero, per disciplina, da effettuarsi attraverso il file di produzione allegato alla fattura oltre che mediante la verifica in qualunque momento sull'accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, legittimità e congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore come previsto dall'art. 11 del contratto di acquisto di prestazioni ospedaliere approvato con DGR 348/2019 e tenuto conto di quanto disposto dal DCA 64/12 e dalla DGR 611/2017;
6. **di RISERVARE** ad ulteriori approfondimenti la valutazione di proporre la modifica del testo della la LR n. 6/2007;
7. **di PRECISARE**, in relazione all'art. 5 degli schemi contrattuali approvati dalle DDGGRR 348 (prestazioni ospedaliere), 349 (prestazioni territoriali), 367 (prestazioni di specialistica ambulatoriale), che il ricorso all'oscillabilità, , previa tempestiva comunicazione all'Azienda USL di afferenza, è per sua natura eccezionale in ragione dell'invalidabilità del tetto di spesa annuale e dell'obbligo, per l'erogatore, di garantire la continuità delle prestazioni per l'intero anno;



8. **DI STABILIRE** che gli ulteriori adeguamenti alle osservazioni espresse dai Ministeri affiancanti saranno recepiti in occasione della negoziazione 2020 considerata la fase avanzata del procedimento di conclusione degli accordi negoziali 2019;
9. **di PRECISARE** che è fatto obbligo all'erogatore di rispettare il limite massimo del tetto di spesa annuo e che la produzione eccedente il suddetto tetto massimo annuale non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo essendo considerata inesigibile;
10. **di DISPORRE**, in relazione alla DGR 349/2019 (schema negoziale 2019 prestazioni territoriali),:
  - a. la modifica del c. 3 dell'art. 12 dello schema contrattuale nei seguenti termini *"La fattura deve indicare le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente"*;
  - b. l'inserimento, nell'art. 14, del seguente c. 6 *"Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale dei pazienti in regime residenziale, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto alla Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi quindici giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente"*;
  - c. la conferma :
  - d. della previsione recata dalla DGR n. 101/2018 relativa alle strutture ubicate in Via Maiella, al verificarsi delle condizioni e secondo le modalità stabilite dall'Organo commissariale con nota Prot. n. RA/0031581/16 del 06.09.2016;
  - e. dei contenuti dell'Allegato 1 della D.G.R. n. 349/2019;
  - f. del rinvio della contrattazione per le strutture Santa Camilla Srl e Nova Salus Srl;
  - g. della determinazione del budget a livello territoriale;
11. **di STABILIRE**, in relazione alla DGR 367/2019 (schema negoziale 2019 prestazioni di Specialistica ambulatoriale), l'esclusione degli accordi integrativi confermando la continuità con la vigente programmazione;
12. **di RIFORMULARE**, nei termini già assentiti dai Ministeri e recati negli schemi contrattuali di cui alle Deliberazioni 348-349-367 del 2019, la clausola di salvaguardia di cui alla DGR 318/2019 (schema negoziale 2019 prestazioni termali);
13. **di DEMANDARE** ai competenti Servizi del Dipartimento Salute:
  - a. l'avvio del procedimento per la ridefinizione e l'aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali aziendali;
  - b. la predisposizione di un Documento tecnico per l'integrazione e l'aggiornamento, alla luce delle criticità espresse dai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro, dei contenuti recata dalla LR n. 32/2007 e ssmmii;
14. **di CONFERMARE** la procedura già prevista per la conclusione dei contratti oggetto del presente provvedimento;
15. **di TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, come previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
16. **di DISPORRE** che il presente provvedimento venga:
  - a. notificato agli Erogatori privati ammessi alla contrattazione;
  - b. trasmesso ai Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali e ai competenti Servizi del Dipartimento Sanità;
  - c. pubblicato sul sito istituzionale della Regione Abruzzo nella sezione Atti della Regione e sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.




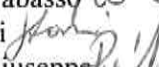

*[A large, faint, handwritten signature or scribble is written diagonally across the page, crossing through the central stamp.]*

DIPARTIMENTO SANITA'

SERVIZIO: Contratti erogatori privati Contratti erogatori privati

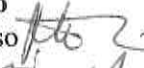
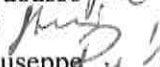

UFFICI: Contratti e tetti erogatori privati della rete territoriale RSA, RP (ex RA), SR, salute mentale e dipendenze patologiche, borse lavoro; Contratti e tetti erogatori privati della rete territoriale riabilitativa ex art. 26, protesica e termale e specialistica ambulatoriale; Contratti e tetti erogatori privati della rete ospedaliera, attività trapiantologica regionale, comitato percorso nascita.

**Gli Estensori**

Dr.ssa Maddalena Tabasso   
Dr.ssa Paola Sonsini   
Dr.ssa Rosaria Di Giuseppe 

(firma)

**I Responsabili di Ufficio**

Dr.,ssa Maddalena Tabasso   
Dr.ssa Paola Sonsini   
Dr.ssa Rosaria Di Giuseppe 

(firma)

**Il Dirigente del Servizio**

vacante

(firma)

**Il Direttore Regionale**


Avv. Roberto FAGNANO   
(firma)

**Il Componente la Giunta**

  
(firma)

Approvato e sottoscritto:

**Il Presidente della Giunta**

  
(firma)

**Il Segretario della Giunta**

  
(firma)





La presente copia è conforme all'originale  
elaborato il giorno 5 e di 8  
...ciate ciascuna richiesta da apposito  
timbro recante la dicitura «Regione Abruzzo»  
Dipartimento per la Salute e il Welfare»

ALLEGATO 1

## Dipartimento per la Salute e il Welfare Servizio Contratti Erogatori privati

### Ufficio Contratti e tetti Erogatori privati della rete territoriale RSA, RP (ex RA), SR, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Borse Lavoro

**D.G.R. 18 giugno 2019 n. 349 "Avvio negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per prestazioni sanitarie in Strutture Riabilitative ex art. 26 L. 833/78, Residenze Sanitarie Assistenziali, Residenze Protette e Strutture Psico-riabilitative per l'annualità 2019 - Determinazione tetti massimi di spesa e approvazione schema di contratto".**

**Documento Istruttorio sulle osservazioni trasmesse dagli Erogatori privati ammessi alla negoziazione: punti n.n. 5 ed 8 della D.G.R. n. 349/2019.**

La D.G.R. 18 giugno 2019 n. 349 ha avviato la negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per prestazioni sanitarie in Strutture Riabilitative ex art. 26 L. 833/78, Residenze Sanitarie Assistenziali, Residenze Protette e Strutture Psico-Riabilitative per l'annualità 2019 determinando i tetti massimi di spesa ed approvando lo schema di contratto.

I punti nn. 5 ed 8 della deliberazione dispongono che "ciascuna struttura ammessa alla negoziazione potrà inviare entro il termine di gg. 7 dalla notifica del presente provvedimento eventuali osservazioni in ordine all'istaurando rapporto: in tal caso gli Uffici competenti provvederanno al relativo riscontro in tempo utile" "le osservazioni trasmesse dagli Erogatori privati in merito allo schema di accordo contrattuale proposto ed approvato (omissis) saranno sottoposte a valutazione congiunta da parte dei competenti uffici regionali".

La D.G.R. n. 349/2019 è stata notificata agli Erogatori aventi titolo ed ivi specificatamente individuati con PEC del 20 giugno 2019.

Con le missive rimesse agli atti della Giunta regionale, gli Erogatori indicati nell'Elenco 1 - parte costitutiva ed integrante del presente Documento Istruttorio - hanno osservato i contenuti del riferito provvedimento giuntale.

Alla luce della nota del Dipartimento della Presidenza e Rapporti con L'Europa, Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale, Ufficio Verifica giuridico-formale degli atti del Presidente e della Giunta Regionale prot. n. RA/24242/19 del 28 agosto 2018 e dell'email acquisita in data 04 settembre 2019, si formalizzano, di seguito, gli esiti dell'istruttoria condotta sulle principali deduzioni (di seguito riassunte) presentate ai sensi della D.G.R. n. 349/2019 dalle strutture di competenza dell'Ufficio.

#### A) IN RELAZIONE AI RILIEVI RELATIVI ALLO SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE DI CUI ALLA D.G.R. N. 349/2019

Art. 1 comma 1 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019:

**Rilievo:** si chiede di integrare il comma 1 dell'art. 1 con il numero esatto delle prestazioni per le quali ogni singola struttura è accreditata con espressa indicazione dei setting applicati;

**Riscontro:** come evidenziato dall'art. 3 dello schema contrattuale, compete al Direttore Generale dell'Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicato l'Erogatore, pianificare le prestazioni sanitarie oggetto dell'accordo negoziale. "Qualora" aggiunge il comma 1 dell'art. 1 "la pianificazione da parte della ASL territorialmente competente per l'anno in questione non sia stata completata potrà farsi riferimento a quella relativa all'annualità precedente, con eventuali integrazioni in corso di anno, sempre nei limiti del tetto di spesa".



Art. 1 comma 4 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019:

Rilievo: *si chiede di riconoscere il rimborso almeno dei costi delle prestazioni nell'ipotesi in cui il rinnovo di autorizzazione del paziente già in carico determini il ricollocamento del medesimo in una fascia con maggiori costi sanitari;*

Riscontro: il ricollocamento del paziente decorre esclusivamente dalla ricezione del verbale dell'UVM. Solo quest'ultimo, infatti, legittima l'applicazione della tariffa corrispondente al setting riconosciuto come appropriato in sede di rivalutazione dell'assistito.

Art. 3 comma 3 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *si chiede di determinare il budget su base regionale e non territoriale anche alla luce dell'imminente costituzione dell'ASL unica;*

Riscontro: *rebus sic stantibus* il riferimento territoriale è necessario rientrando nella competenza di ciascuna Azienda Sanitaria Locale la gestione anche contabile dei contratti conclusi dalle strutture insistenti sui territori di specifica afferenza.

Art. 5;

Rilievo: *si chiede di portare il limite dell'oscillabilità al 30%;*

Riscontro: l'estensione del limite dell'oscillabilità nei termini richiesti è incompatibile con le indicazioni espresse dai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro.

Rilievo: *si chiede di voler accordare alla rete residenziale le medesime modalità di frazionamento del tetto mensile annunciate per l'area ospedaliera;*

Riscontro: la previsione recata dalla norma negoziale in commento, ribadita espressamente nel punto 10 della DGR n. 349/2019, è ispirata dalla necessità di garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni tutelando e garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza durante l'intera vigenza del contratto fermi restando i limiti di spesa ivi previsti;

Art. 6 comma 1 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *si chiede di eliminare la disposizione secondo cui l'omessa segnalazione alla ASL ad opera della struttura di un errore commesso dal Medico prescrittore, in sede di compilazione sul ricettario della richiesta di prestazione sanitaria, determina la non remunerabilità del servizio reso dall'erogatore privato;*

Riscontro: la disposizione in parola mira a garantire la conformità delle richieste di erogazione delle prestazioni alla normativa vigente in materia di prestazioni sanitarie attribuendo alla struttura l'obbligo di procedere alla verifica della sussistenza dei requisiti ivi stabiliti. Quanto sopra sul rilievo che la struttura, nell'esecuzione del contratto concluso con la Regione e con le AASSLL, opera come concessionario di servizio pubblico ed è, pertanto, parte del SSR. Proprio perché tale, essa è tenuta ad effettuare i medesimi controlli spettanti alle strutture pubbliche.

Art. 6 comma 2 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *seppur evincibile dalla premessa della deliberazione oggetto di commento si chiede di chiarire espressamente la durata di validità (30 giorni e non più 15) dell'autorizzazione/proroga rilasciata dalle UVM per la presa in carico del paziente/proseguimento della cura riabilitativa;*

Riscontro: la richiesta è accoglibile per corroborare la valenza di una previsione che, ad ogni buon conto, in quanto recata da un provvedimento giuntale, vincola già le AASSLL e gli erogatori privati.

Rilievo: *si chiede di integrare la previsione contrattuale disponendo che "le UVM si impegnano, nel caso di richiesta di proroga da parte della struttura, al rispetto dei tempi previsti per la notifica dell'esito della rivalutazione. In caso di non rispetto dei tempi il paziente si intenderà autorizzato a rimanere in carico alla struttura fino alla notifica dell'esito della rivalutazione";*

Riscontro. La richiesta è parzialmente accoglibile nei limiti dell'inserimento, nella previsione negoziale, dell'impegno delle UU.VV.MM. aziendali a rispettare i tempi della valutazione per come rideterminati dalla D.G.R. n. 349/2019. Quest'ultimo provvedimento giuntale, ridefinendo la tempistica di cui alla D.G.R. n. 107 del 20 dicembre 2013, già garantisce, in costanza della predetta tempistica, il mantenimento del paziente nella struttura;

Art. 9 comma 5 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *appare superfluo ed eccessivo l'onere relativo alla trasmissione trimestrale, via PEC, alla ASL di pertinenza, di apposito elenco informativo relativo alla propria dotazione organica secondo le specifiche contenute nel "tracciato record personale";*



Riscontro: l'adempimento ivi contemplato è ispirato dalla necessità, non declinabile, di apprestare un ulteriore elemento di verifica sul mantenimento dei requisiti di cui alla DGR 591/p del 01/07/2008 e ss.mm.ii. durante la vigenza del rapporto contrattuale a maggiore garanzia e tutela della qualità delle cure.

Art. 11 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

*Rilievo: si chiede di allegare al contratto le disposizioni operative emanate dal Servizio di Controllo Ispettivo e Qualità e con la disciplina normativa di riferimento sia in merito ai poteri di quantificazione della sanzione riconosciuta ai NOC sia ai parametri di quantificazione della sanzione;*

Riscontro: la proposta contrattuale, richiama nelle premesse ed ingloba, *per relationem*, i provvedimenti che definiscono i criteri di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate applicati in modo uniforme sul territorio regionale a tutte le strutture accreditate da parte delle AASSLL, ferme restando le ulteriori disposizioni di carattere regionale;

Art. 12 comma 3 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

*Rilievo: si chiede di espungere dal testo contrattuale la disposizione che impone di indicare separatamente nella fattura le prestazioni rese in favore di utenti residenti in altre regioni;*

Riscontro: la richiesta è accoglibile in continuità con la disposizione recata dallo schema di accordo negoziale sottoposto alla sottoscrizione degli erogatori in occasione della precedente tornata contrattuale oltre che in conformità con l'oggetto dello schema di contratto. Si auspica, tuttavia, che, nel fatturare le prestazioni rese in favore di utenti residenti in altre Regioni, siano rese le medesime informazioni richieste dalla previsione negoziale in commento, per renderne i contenuti il più possibile intellegibili a garanzia del principio di leale collaborazione pubblico/privato. Restano, in ogni caso, fermi, i controlli previsti dalle vigenti disposizioni volti a verificare l'andamento della produzione delle strutture contraenti;

Art. 12 comma 6 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

*Rilievo: si chiede di eliminare il riferimento all'ENPAM per il rilascio della certificazione equipollente al DURC in quanto inconferente con l'attività erogata dalla strutture residenziali e semiresidenziali.*

Riscontro: il rilievo è parzialmente accoglibile alla luce della circolare ENPAM dell'11 maggio 2016 prot. n. 44092, agli atti d'ufficio, limitando la richiesta all'ENPAM nei soli casi dovuti;

Art. 13 comma 4 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

*Rilievo: si chiede di precisare la previsione contrattuale disponendo che la ASL non è legittimata a trattenere somme superiori a quelle indicate nelle predette note di credito oggetto di espressa contestazione;*

Riscontro: la previsione contrattuale in commento, per come formulata, già prevede e circoscrive espressamente la legittimazione delle Aziende UUSSLL a trattenere esclusivamente le somme indicate nelle note di credito richieste, ferme restando le ulteriori disposizioni negoziali recate dallo Schema di contratto.

Art. 13 comma 7 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

*Rilievo: si chiede di integrare la previsione contrattuale chiarendo che gli interessi da applicare sono quelli di cui al D.lgs. 231/2002;*

Riscontro: la previsione contrattuale, per come formulata, consente di conformare i contenuti del contratto alle sopravvenienze normative che potrebbero intervenire durante la sua efficacia;

Art. 14 comma 1 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

*Rilievo: nelle ipotesi in cui le UVM prevedono un setting assistenziale diverso, fino al trasferimento del paziente in una struttura pertinente, si chiede di prevedere la valorizzazione di una tariffa congrua ed adeguata a coprire i costi organizzativi e di personale che la struttura ospitante è tenuta in ogni caso a garantire in virtù dell'accreditamento posseduto;*

Riscontro: come chiarito dallo stesso schema contrattuale i corrispettivi contrattuali dovuti all'Erogatore della ASL sono quelli stabiliti dalle disposizioni in materia di tariffe vigenti per le strutture dell'area territoriale cui il contratto si riferisce. In particolare, precisa il contratto, le prestazioni saranno remunerate secondo il setting assistenziale per il quale sono eleggibili gli assistiti in conformità alle apposite valutazioni rilasciate dalle UUVMM avendo a parametro le tariffe di ciascun setting assistenziale.

Art. 14 comma 2 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

*Rilievo: il comma è eccessivamente generico, si chiede di specificare ed indicare il parametro oggettivo alla stregua del quale individuare l'affinità dei setting assistenziali;*



Riscontro: nel precisare che la vigente programmazione regionale individua già le tariffe relative ai diversi setting assistenziali, si chiarisce che, ai fini dell'art. 14 comma 2, si prenderà a riferimento la valutazione dell'UVM e, pertanto, la complessità assistenziale dalla stessa riconosciuta;

Art. 14 comma 3 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *si chiede di reinserire la previsione recata nel precedente testo contrattuale "le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate secondo le tariffe vigenti al momento dell'erogazione delle stesse. In particolare sono stabilite per le strutture psico-riabilitative, nelle more della definizione del procedimento di riorganizzazione dell'offerta residenziale psichiatrica avviata dal DCA n. 10/2016, continuano a trovare applicazione le tariffe di cui alla DGR 877/2001"*

Riscontro: il rilievo è accoglibile perché volto a richiamare nel contratto la disciplina attualmente vigente.

Art. 14 comma 4 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *si chiede di estendere alle prestazioni per anziani e disabili la previsione, limitata alle sole strutture riabilitative, che riconosce la possibilità di rideterminare il volume massimo della prestazioni remunerate a seguito di modificazione dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza riabilitativa*

Riscontro: il rilievo è accoglibile per garantire parità di condizioni contrattuali ribadendo, tuttavia, la stretta vincolatività ed insuperabilità dei tetti di spesa previsti dalla programmazione regionale;

Art. 14 comma 5 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *poiché la DGR 349/2019 da atto che i tetti di spesa si intendono calcolati con riferimento alla sola quota sanitaria della tariffa ed al netto di quanto dovuto dall'assistito o in caso di incapienza di questo dal Comune di residenza a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria, si chiede di precisare che l'eventuale aumento delle quote di compartecipazione è neutro rispetto al budget;*

Riscontro: il rilievo è accoglibile per rendere la previsione contrattuale coerente con le disposizioni recate dalla D.G.R. n. 349/2019;

Art. 14. dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *si chiede di reinserire la previsione recata dall'art. 14 comma 8 del contratto di cui al DCA n. 48/2016 a tenore del quale " per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale di anziani non autosufficienti e disabili, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto all'Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi 15 giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente;*

Riscontro: l'integrazione richiesta attiene a previsione che, oltre ad essere presente nel testo negoziale approvato dal D.C.A. n. 48/2016, è stata accondiscesa in occasione della precedente tornata contrattuale, con note del 03 settembre 2018 prot. n. 241854/18 e del 23 ottobre 2018 prot. 292068/18. La disposizione mira a garantire la continuità delle cure consentendo di mantenere i "pazienti fragili" nell'ambiente di cura di provenienza. Resta fermo l'obbligo in capo alle strutture di comunicare tempestivamente all'ASL di afferenza l'episodio di ricovero e di dimissione;

Art. 16 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *Si chiede di prevedere la cessione del contratto in caso di voltura dell'accreditamento*

Riscontro: la previsione contrattuale, per come formulata, è stata assentita dai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro in quanto già recata nei contratti relativi alle precedenti tornate contrattuali.

Art. 17 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *si chiede di eliminare tra le fattispecie comportanti la risoluzione ipso iure dell'accordo negoziale, quelle contemplate nelle lettere c), d) h) 1)*

Riscontro: la casistica dettagliata dalla previsione contrattuale non ha rilevanza puramente formale ma attiene al regolare assolvimento degli obblighi del contraente che opera per conto del SSR ed è percettore di risorse pubbliche;

Art. 20 dello schema di contratto ex D.G.R. n. 349/2019

Rilievo: *si chiede di eliminare la clausola di salvaguardia in quanto lesiva del diritto di cui all'art. 24 Cost*

Riscontro: La clausola di salvaguardia risponde integralmente alle richieste formulate dal Tavolo di Monitoraggio in occasione della riunione congiunta del 21 novembre 2013 tant'è che la sua previsione ha caratterizzato anche gli accordi conclusi nelle precedenti tornate contrattuali. La legittimità della clausola, poi, è stata affermata anche in sede giudiziale. Si richiama in questo senso, a titolo indicativo e non esaustivo, la



sentenza del Consiglio di Stato del 01 febbraio 2017 n. 430 che ha riconosciuto la piena legittimità della c.d. "clausola di salvaguardia" quale "accettazione incondizionata, da parte degli erogatori privati, dei tetti di spesa e rinuncia a eventuali impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione presenti in numerosi schemi-tipo di contratto ex art. 8 quinquies, predisposti da diverse Regioni soggette a Piani di Rientro poiché gli operatori privati - in quanto impegnati insieme alle strutture pubbliche a garantire l'essenziale interesse pubblico alla corretta ed appropriata fornitura del primario servizio della salute - non possono considerarsi estranei ai vincoli oggettivi e agli stati di necessità conseguenti al Piano di rientro, al cui rispetto la Regione è obbligata". Ne consegue che, non essendo negoziabili i vincoli finanziari imposti dal Piano di Riqualificazione di cui al D.C.A. n. 55/2016, agli operatori economici "si pone unicamente l'alternativa se accettare le condizioni derivanti da esigenze programmatiche e finanziarie pubbliche (e comunque il budget assegnato alla propria struttura) onde permanere nel campo della sanità pubblica, ovvero se collocarsi esclusivamente nel mercato della sanità privata". Per l'effetto la mancanza di una valida ed incondizionata accettazione della clausola di salvaguardia da parte dell'Erogatore fa venire meno il suo interesse alla conclusione dell'accordo ed, in ogni caso, devono considerarsi *tamquam non esset* le eventuali riserve manifestate in sede di sottoscrizione del contratto.

B) IN RELAZIONE, POI, ALLE RICHIESTE DI:

- adeguare agli indici ISTAT le tariffe in vigore a partire dall'anno 2008, si evidenzia che la Giunta regionale con D.G.R. n. 461/2018 ha già rilevato che "l'indicizzazione ISTAT delle tariffe per prestazioni sanitarie alla stato non risulta recepito nel diritto positivo e per tali ragioni la proposta di riformulazione non può essere accolta";
- rimodulazione dei budget assegnati si evidenzia che, per giurisprudenza prevalente, in nessun caso sono soggetti alla contrattazione i limiti di spesa, spetta, infatti, ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale - e non già ad una fase concordata e convenzionale - la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il Fondo Sanitario per singola istituzione o per gruppo di istituzioni nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni (cfr CS sez V 25 gennaio 2002 n. 418, C.S. sez V 10 novembre 2009 n. 7237 e C. Di S sez V sent. 11 agosto 2010 n. 5637);

C) IN ORDINE AI RILIEVI ESPRESSI SUGLI ULTERIORI CONTENUTI DELLA D.G.R. n. 349/2019:

1. il termine di cui al punto n. 8 del deliberato è congruo non avendo, la proposta contrattuale, innovato i contenuti del contratto sottoscritto dagli erogatori nella precedente tornata contrattuale, contenuti, che si evidenzia, sono già esitati dalla partecipazione al procedimento avviato dalla D.G.R. n. 101/2018;
2. la Giunta regionale, con D.G.R. n. 224 del 2007, ha approvato l'Accordo concluso dalla Regione Abruzzo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze per il Rientro dal debito sanitario. L'articolo 3 dell'Accordo, nell'individuare tra i provvedimenti regionali da sottoporre alla preventiva approvazione del Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e Finanze anche quelli relativi a "tetti di spesa per il privato accreditato", fa salvi i provvedimenti regionali di somma urgenza da trasmettersi successivamente alla loro formale adozione. Orbene, è di tutta evidenza l'urgenza sottesa all'adozione della D.G.R. n. 349/2019 in quanto volta ad apprestare un'adeguata regolamentazione alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate. A ciò aggiungasi la circostanza che la deliberazione in commento ha confermato, per ogni struttura accreditata, l'ammontare del tetto di spesa massimo stabilito dalla D.G.R. n. 101 del 22 febbraio 2018 e dalla D.G.R. n. 461/2018 entrambe già vagliate dai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro. Le predette deliberazioni, inoltre, prendono a riferimento i limiti di spesa stigmatizzati dal Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo ampiamente assentito nei relativi contenuti dal suddetto Tavolo di Monitoraggio;
3. la preclusione a perfezionare il contratto 2019 con le strutture che nella precedente tornata contrattuale hanno fatturato extra budget senza emettere le relative note di credito costituisce attuazione di un'espressa, specifica e vincolata indicazione del Tavolo di Monitoraggio che, anche in occasione della riunione congiunta dello scorso 15 novembre 2018, ha rinnovato alla Regione l'invito a presidiare maggiormente la tematica dell'emissione delle note di credito da parte delle strutture



private. Quanto sopra ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e ss.mm.ii. ma anche in continuità e conformità con la più recente giurisprudenza in materia di extra budget.

4. in ordine alla richiesta della struttura Il Quadrifoglio relativa all'Allegato 1 della D.G.R. n. 349/2019 si evidenzia che il Consiglio di Stato con sentenza n. 04316/2019 ha ulteriormente chiarito che *"l'accreditamento (per prestazioni e posti letto distinti per specialità e disciplina) costituisce la cornice entro la quale è possibile riconoscere alla struttura la remunerazione per le prestazioni rese"* in questo senso, del resto, depongono non solo la vigente normativa nazionale e regionale ma anche le previsioni recate dallo schema di accordo negoziale in commento;
5. la richiesta espressa dalla Santa Camilla a supplemento delle osservazioni sullo schema contrattuale è stata assentita dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 101/2018 in relazione alla precedente tornata contrattuale. La stessa trova fondamento nella nota commissariale prot. n. RA/0031581/16 del 06 settembre 2016 - rimessa agli atti della Giunta regionale – secondo cui *"quest'Organo commissariale non può che ribadire la piena disponibilità ad una rideterminazione de budget non appena interverrà idonea comunicazione formale di ripristino dell'attività dei plessi da parte del soggetto interessato, in capo al quale in via principale si pone il relativo onere di produzione documentale. Analogamente si potrà procedere quando l'Azienda USL e la Struttura forniscano opportuna comunicazione riguardo la situazione e la collocazione dei pazienti precedentemente assistiti presso i plessi inattivi. Ciò previa verifica e reperimento delle necessarie risorse finanziarie da parte del competente Servizio "Programmazione finanziaria e Finanziamento del SSR" (omissis) e salva la necessità di garanzia dell'equilibrio economico complessivo"*.
- In ordine alla richiesta della ASP 1 Teramo, nel richiamare la L.R. n. 17/2011 afferente anche al Centro Servizi per Anziani del Comune dell'Aquila oltre che all' ASP Istituti Riuniti San Giovanni Battista, inserite, tutte nell'Allegato 1 della DGR n. 349/2019, si richiama l'attenzione sull'art. 8 quinquies del Decreto Legislativo n. 502/1992 e ss.mm.ii. con specifico riferimento al comma 2;
- In ordine alla richiesta dell'ASP Istituti Riuniti San Giovanni Battista si evidenzia che l'Allegato 1 della D.G.R. n. 349/2019 contempla le dotazioni accreditate contrattualizzabili.

Sulla base di quanto sopra evidenziato e rappresentato, i rilievi - in tutto ovvero in parti accoglibili - inciderebbero, nei termini appresso dettagliati, i seguenti articoli dello Schema negoziale di cui alla D.G.R. n. 349/2019:

- Art. 6 comma 2: *"La struttura è inoltre tenuta a rispettare gli adempimenti previsti dagli artt. 8 e 13 del decreto commissariale n. 107/2013 relativi alla presa in carico del paziente, come integrato e modificato dalla D.G.R. n. 349 del 18 giugno 2019, che, al punto 12, ha stabilito " con riguardo alle attività e procedure delle UUVVMM aziendali, ai fini dell'armonizzazione dei periodi di verifica delle autorizzazioni rilasciate per tutte le tipologie di prestazioni dell'area territoriale, in attesa di successivi provvedimenti in materia, il termine massimo di gg. 30, a valere sia sull'autorizzazione che sulle proroghe, per le attività di competenza degli organi aziendali preposti"*. Le UU.VV.MM. aziendali si impegnano al rispetto della suddetta tempistica."

- Art. 12 comma 3 *"La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo distinguendole per ASL di residenza del paziente fermi restando i controlli previsti dalle vigenti disposizioni volti a verificare l'andamento della produzione delle strutture contraenti"*;

- Art. 12 comma 6: *"Prima delle liquidazioni la ASL, ove dovuto richiede all'Enpam il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1 comma 39 L n. 234/2004 e verifica la regolarità del DURC; in caso di irregolarità per definitivo accertamento di violazioni contributive, la ASL provvede in conformità alla normativa vigente dandone comunicazione anche alla Regione. Il "definitivo accertamento" delle violazioni contributive può essere rinvenuto in tutte le situazioni caratterizzate dalla non pendenza di ricorsi amministrativi o giurisdizionali."*



- Art. 14 comma 3: "I corrispettivi contrattuali dovuti all'erogatore dalla ASL in forza del presente accordo contrattuale, sono quelli stabiliti dalle disposizioni in materia di tariffe vigenti per le strutture dell'area territoriale cui il presente contratto si riferisce. In particolare, per le strutture psico-riabilitative, nelle more della definizione del procedimento di riorganizzazione dell'offerta residenziale psichiatrica, continuano a trovare applicazione le tariffe di cui alla D.G.R. n. 877/2001."

- Art. 14 comma 4: "Le parti concordano che, in caso di incremento a seguito di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza riabilitativa e per le prestazioni in favore di anziani e disabili, il volume massimo di prestazioni remunerate potrà essere rideterminato, in ogni caso compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica ai sensi dell'art. 8 – quinquies, comma 2, lett e-bis, D Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii. oltre che nel rispetto e nei limiti dei tetti di spesa previsti dalla programmazione regionale";

- Art. 14 comma 5 "I tetti di spesa si intendono calcolati con riferimento alla sola quota sanitaria della tariffa ed al netto di quanto dovuto dall'assistito o in caso di incapienza di questo dal Comune di residenza a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria. In nessun caso, nella fatturazione di cui all'art. 12 del presente accordo contrattuale, la cd "quota sociale" può essere considerata sovrapponibile alla quota alberghiera. La quota alberghiera si intende dovuta direttamente dall'assistito solo a fronte di effettivi servizi aggiuntivi, rispetto a quanto previsto dalla diaria giornaliera, all'erogatore."

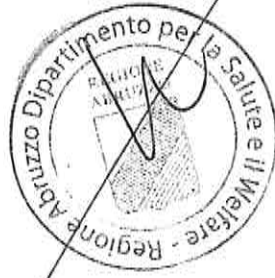
Restano salve le determinazioni che, anche alla luce degli elementi istruttori forniti, si riterrà opportuno adottare, in ordine agli erogatori di cui alla LR n. 17/2011 oltre che:

- in ordine all'inserimento, nell'art. 14 dello schema contrattuale in commento, del comma 6 " *Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale di anziani non autosufficienti e disabili, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto all'Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi 15 giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente*" in relazione al quale si suggerisce di inserire l'ulteriore precisazione che " *Resta fermo l'obbligo in capo alla struttura di comunicare tempestivamente all'ASL di afferenza l'episodio di ricovero e di dimissione*";
- In ordine alla richiesta supplementare dell'erogatore Santa Camilla nei termini e secondo le modalità definite nella nota commissariale prot. RA/0031581/16 del 06 settembre 2016
- In ordine all'istanza del Quadrifoglio relativa all'allegato 1 della DGR n. 349/2019

Per le parti non modificate si propone di confermare il contenuto della D.G.R. n. 349/2019 e dei suoi Allegati ove non incompatibili con le ulteriori e diverse determinazioni che si riterrà opportuno assumere.

Il Responsabile dell'Ufficio  
D.ssa Rosaria Di Giuseppe

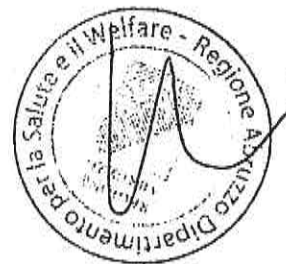
IL Dirigente  
Vacante  
Il Direttore del Dipartimento  
Avv. Roberto Fagnano





# ELENCO 1

- ASP 1 – della Provincia di Chieti
- ASP 1 – della Provincia di Teramo
- Casa di Cura provata Santa Camilla
- Centro di Riabilitazione San Francesco
- EDOS
- Fondazione Istituto Santa Caterina
- Fondazione Istituto Piccola Opera Caritas
- Il Quadrifoglio rl
- Lido srl
- Monteferrante srl Sanità e Servizi
- Provincia Religiosa SS Apostoli Pietro e Paolo (OPERA DON ORIONE)
- R.A. Coop. Simeoni – Orsogna
- R.A. Coop. Simeoni – Guardiagrele
- R.A. Fraternitas – Castel Frentano
- R.A. IS.EN.CO - Teramo
- R.A. Istituto Sacri Cuori Ciampoli – San Vito Chietino
- RSA De Cesaris
- RSA Il Chiostro - Celenza sul Trigno
- R.S.A. Nova Salus - Trasacco
- Villa Serena





## GIUNTA REGIONALE

## Servizio Contratti Erogatori Privati – DPF006

Ufficio Contratti e tetti erogatori privati della rete territoriale riabilitativa ex art. 26, protesica termale e specialistica ambulatoriale – DPF006/02

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Poiché è demandato alla Giunta Regionale determinarsi con provvedimento proprio in merito all'accoglimento o rigetto delle osservazioni inviate dagli erogatori privati accreditati, anche modificando eventualmente lo schema contrattuale, l'Ufficio provvede con il presente documento a fornire esaustivi elementi di valutazione, con evidenza di possibili modifiche ed integrazioni degli schemi contrattuali di cui alla DGR n. 349/2019, DGR n. 367/2019 e DGR n. 318/2019.

**Tipologia Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 - DGR n. 349 del 18.06.2019 "Avvio negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per prestazioni sanitarie in Strutture riabilitative ex art. 26 L. 833/78, Residenze Sanitarie Assistenziali, Residenze Protette e Strutture Psico-riabilitative per l'annualità 2019. Determinazione tetti massimi di spesa e approvazione schema di contratto".** Provvedimenti in merito alle osservazioni presentate dagli erogatori privati accreditati per prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78.

Le osservazioni sono state proposte dalle seguenti strutture private accreditate per prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 di competenza dell'Ufficio

- |  |   |
|--|---|
| 1. Fondazione ANFASS ONLUS Teramo a.m.   | - Prot n. RA/215272/19 del 24.06.2019   |
| 2. Consorzio San Ste Ar Abruzzo  | - Prot. n. RA/189009/19 del 26.06.2019  |
| 3. Fondazione Padre Alberto Mileno ONLUS - Centro di Riabilitazione S. Francesco   | - Prot. n. RA/219368/19 del 27.06.2019  |
|  | - Prot. n. RA/220102/19 del 27.06.2019  |
| 4. Fondazione Piccola Opera Charitas ONLUS   | - Prot. n. RA/219367/19 del 27.06.2019  |
| 5. Fondazione Istituto Santa Caterina  | - Prot. n. RA/219045/19 del 27.06.2019  |
| 6. Fondazione Papa Paolo VI ONLUS  | - Prot. n. RA/219046/19 del 27.06.2019  |
| 7. Provincia Religiosa "SS. Apostoli Pietro e Paolo" (Opera Don Orione)  | - Prot. n. RA/219047/19 del 27.06.2019  |
| 8. Casa di Cura Privata Villa Serena Srl   | - Prot. n. RA/220145/19 del 27.06.2019  |
| 9. Casa di Cura Privata Santa Camilla Spa  | - Prot. n. RA/220146/19 del 27.06.2019  |
| 10. Studio Legale Palermo per conto di C.R. Villa Giulia – Lanciano<br>e Fondazione Santa Caterina – Francavilla al Mare | - Prot. n. RA/220253/19 del 27.06.2019  |
| 11. Centro Privato Residenziale di Riabilitazione NOVA SALUS Srl   | - Prot. n. RA/ 221403/19 del 28.06.2019 |
| 12. Monteferrante Srl  | - Prot. n. RA/ 221677/19 del 28.06.2019 |





In particolare si chiarisce che:

- Il contratto che presenta modifiche, introdotte unilateralmente dagli erogatori, non approvate con provvedimento della Giunta Regionale, è considerato irricevibile e privo di effetti.

- **Art. 3 schema di accordo contrattuale "Volume massimo di prestazioni erogabili"**

L'applicazione è cogente ed è stabilita in funzione della corretta esecuzione dell'accordo contrattuale.

Ciascun erogatore è pertanto chiamato al rispetto dei limiti del budget assegnato, con obbligo a non erogare prestazioni eccedenti il tetto massimo riconosciuto, nell'erroneo convincimento di assecondare le istanze del territorio.

L'individuazione del budget su base regionale non può trovare declinazione nella corrente annualità, in quanto non risulta la costituzione della ASL unica.

- **Art. 5 "Criteri di ripartizione della spesa preventivata"**

In merito all'oscillabilità, per la contrattazione 2019 prevista al 20%, occorre precisare che tale margine non può influire sulla continuità nelle prestazioni che ciascuna struttura è chiamata ad assicurare per l'intero anno.

Va anche osservato che il ricorso all'oscillabilità non può essere sistematico, ma può essere determinato da esigenze temporanee o eventualmente qualificabili come eccezionali.

L'erogatore è poi tenuto al rispetto del tetto di spesa previsto.

Non può ritenersi di pregio l'eliminazione dell'inciso - art. 5 - dell'inciso "limiti progressivi mensili", poiché la disposizione di cui al citato articolo è nel senso di assicurare che sia fatta salva l'attività di verifica e controllo da parte degli Organismi aziendali a ciò deputati, a cui le strutture devono sottostare obbligatoriamente.

- **Art. 6 "Modalità di erogazione delle prestazioni"**

Le disposizioni in parola mirano a garantire la conformità delle richieste di erogazione delle prestazioni alla normativa vigente in materia di prescrizioni sanitario, attribuendo alla Struttura, in via preliminare, l'obbligo di procedere alla verifica della sussistenza dei requisiti richiesti dalla suddetta normativa.

La Struttura infatti opera come concessionario di pubblico servizio, in forza dell'accreditamento e, limitatamente alle sole prestazioni acquistate dalla Regione, è parte del Servizio Sanitario Regionale. Non può quindi considerarsi terza ed è perciò tenuta conseguentemente ad effettuare i medesimi controlli spettanti alle strutture pubbliche.

Sulle osservazioni inerenti l'attività delle UVM aziendali non può che rimandarsi al Decreto del Commissario ad Acta n. 107 del 20 dicembre 2013, che ne prevede e disciplina attività e procedure.

Ad ogni buon fine per una maggiore chiarezza sull'argomento, si riporta la disposizione contenuta nella DGR n. 349/2019, che si ritiene possa essere inserita nel contratto della presente annualità:

*RITENUTO con riguardo alle predette attività, ai fini dell'armonizzazione dei periodi di verifica delle autorizzazioni rilasciate dalle UVM per tutte le tipologie di prestazioni dell'area territoriale, di dover stabilire, in attesa di successivi provvedimenti in materia, il termine massimo di gg. 30, a valere sia sull'autorizzazione che sulle proroghe, per le attività di competenza degli organi aziendali preposti.*

Corre l'obbligo di precisare che tale previsione non incide, né modifica il provvedimento commissariale DCA n. 107/2013, ed è applicabile esclusivamente alla presente annualità.

Si conferma che il procedimento di verifica contemplato dal contratto e le eventuali controversie sulle verifiche sono assoggettati alla disciplina del procedimento amministrativo.

Si prende atto del riferimento parziale all'articolato del DCA n. 107/2013 che per le prestazioni riabilitative ex art. 26 sono gli artt. 10 e 11 in luogo di 8 e 13, e conseguentemente si considera la correzione del refuso evidenziato.





▪ **Art. 12 "Modalità di fatturazione"**

Il riferimento all'obbligo di fatturazione per i pazienti extra regionali non è oggetto della presente negoziazione e pertanto risulta possibile modificare il c. 3. mutuando il testo presente nella contrattazione 2018, ovvero "La fattura deve indicare le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente";

▪ **Art 14 "Tariffe"**

Le tariffe di riferimento sono quelle vigenti al momento dell'esecuzione del contratto.

In presenza di una modifica tariffaria in corso di vigenza contrattuale è esclusa un'applicazione con effetto retroattivo di nuove tariffe, salvo specifiche espresse eccezioni.

Si considera di poter indicare, all'interno del contratto, i provvedimenti vigenti in materia di tariffe e compartecipazione delle prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78, già elencati nella DGR n. 349/2019.

Concordemente con la richiesta formulata da taluni erogatori, di riproporre la medesima formulazione del comma 8 dell'art. 14 del contratto 2016-2017, anche considerati gli indirizzi espressi con nota Prot. n. RA/0292068/18 del 23.10.2018 "DGR n. 101/2018 Accordi contrattuali area territoriale RSA, RP, Psico-riabilitazione e prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78. Comunicazioni" per la contrattazione 2018, si può considerare l'inserimento del c. 6 "Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale dei pazienti in regime residenziale, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto alla Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi quindici giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente".

Ad ogni modo va precisato che i tetti di spesa sono calcolati con riferimento alla sola quota sanitaria della tariffa e al netto di quanto dovuto dall'assistito o, in caso di incapienza di questo, dal Comune di residenza a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria in coerenza con gli adeguamenti alla normativa LEA introdotti per le tipologie di prestazioni dell'area territoriale con i DCA 91/2014 - 92/2014 - 103/2014 - 104/2014 - 105/2014 - 34/2016- 93/2016 e s.m.i. con i DCA 13/2015 - 19/2015 - 20/2015.

I richiami ai predetti provvedimenti tariffari per la tipologia di prestazione in trattazione ed alle quote di compartecipazione, ove previste, possono essere riportati per chiarezza nell'accordo contrattuale.

▪ **Art. 17 "Risoluzione del contratto"**

Si evidenzia che la casistica presente nello schema contrattuale non ha rilevanza puramente formale, ma attiene al regolare assolvimento degli obblighi del contraente che opera per conto del SSR ed è percettore di risorse pubbliche.

▪ **Art. 20 "Clausola di salvaguardia"**

Si conferma la piena vigenza ed efficacia della clausola, atteso che con il verbale del 21.11.2013 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza si è già espresso per la presenza nello schema contrattuale della clausola in questione, successivamente aspetto ribadito a margine della contrattazione di cui ai Decreti commissariali n. 48/2016 - n. 49/2016 per la negoziazione con gli erogatori privati accreditamenti per prestazioni in regime residenziale, riabilitativo e psico-riabilitativo e riabilitativo ex art. 26 L. 833/78 per il biennio 2016-2017, con parere ABRUZZO-DGPROGS-09/11/2016-0000264-P.

Inoltre, a ben vedere, lo stesso Consiglio di Stato ha chiarito ulteriormente che "si può escludere ad un primo esame la violazione del diritto costituzionale ad agire in giudizio a tutela dei propri diritti e interessi legittimi limitatamente agli aspetti quantitativi relativi alle concrete fattispecie in essere, dal momento che:  
a) la clausola è limitata a definire un conflitto già in essere o potenziale relativo a concrete e definite questioni;  
b) chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quale i livelli essenziali relativi al diritto alla salute; c) in alternativa, agli





*operatori resta la scelta di agire come privati nel privato*" (Consiglio di Stato, sez. III, ord. n. 906/2015), oltre recenti pronunciamenti confermativi del medesimo orientamento giurisprudenziali.

Sul punto infatti il Cons. Stato Sez. III, Sent. n. 3457 (ud. 16-04-2019) del 27-05-2019 ha poi ulteriormente precisato che, detta la clausola impone all'erogatore l'accettazione incondizionata dei tetti di spesa e la rinuncia ad eventuali impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione e che tale è il consolidato orientamento della Sezione, da cui non si discosta.

Per l'effetto aggiunge che *"gli operatori privati - in quanto impegnati, insieme alle strutture pubbliche, a garantire l'essenziale interesse pubblico alla corretta ed appropriata fornitura del primario servizio della salute - non possono considerarsi estranei ai vincoli oggettivi e agli stati di necessità conseguenti al Piano di rientro, al cui rispetto la Regione è obbligata. La stessa Sezione, sebbene in sede cautelare (ord., 26 febbraio 2015, n. 906), aveva già chiarito che la sottoscrizione della clausola di salvaguardia nelle Regione soggette ai Piani di rientro dai disavanzi del settore sanità è imposta dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute per esigenze di programmazione finanziaria, attraverso le prescrizioni elaborate all'esito della riunione del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali. Tale clausola di conseguenza equivale ad un impegno della parte privata contraente al rispetto ed accettazione dei vincoli di spesa essenziali in una Regione sottoposta al Piano di rientro. (sez. III, ord., 27 gennaio 2017, n. 336). D'altro canto, in caso di mancata sottoscrizione, l'Autorità politico-amministrativa non avrebbe alcun interesse a contrarre a meno di non rendere incerti i tetti di spesa preventivati, né potrebbe essere obbligata in altro modo alla stipula, con l'effetto che la richiesta sospensione finirebbe per non giovare alla parte ricorrente in primo grado" (cfr. sentenza n. 5039 cit.)".*

Per quanto premesso l'art. 20 è formulato in aderenza alle indicazioni dei Ministeri affiancanti.

#### **Attese le osservazioni proposte si precisa ulteriormente che:**

- Anche nella corrente annualità opera il principio secondo cui non siano negoziabili i vincoli finanziari imposti dal Piano di rientro - *rectius* per la Regione Abruzzo dal Piano di Riqualficazione DCA 55/2016 e successiva DGR n. 505/2016 e, per il 2019, dalla DGR n. 913 del 28 novembre 2018 (Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2019-2021), a garanzia della sostanziale continuità con la programmazione del Piano di Riqualficazione 2016-2018, per il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario.

- Gli erogatori privati che non intendono accettare le condizioni derivanti *"da esigenze programmatiche e finanziarie pubbliche (e dunque il budget assegnato alla propria struttura)"* sono nelle condizioni di valutare se *"permanere nel campo della sanità pubblica; ovvero, se collocarsi esclusivamente nel mercato della sanità privata"*, come rimarcato dal Consiglio di Stato (Sentenza CdS n. 321 del 18.01.2018).

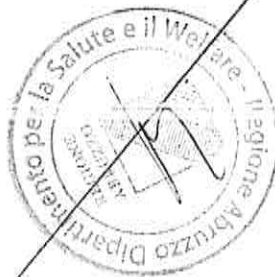
- Per gli erogatori, che si soffermano sugli aspetti relativi all'emissione delle note di credito, si rileva il pronunciamento espresso dei Ministeri affiancanti – p. 67 Verbale 27 marzo e 9 aprile 2019 *"Note di Credito da erogatori privati accreditati: le ASL dovranno presentare trimestralmente insieme ad ogni CE apposita relazione che dettagli le azioni intraprese per l'ottenimento delle note di credito da ricevere, presenti nei propri bilanci, nonché le relative tempistiche attese. Tavolo e Comitato ritengono opportuno che, in considerazione della protratta inerzia delle aziende e delle pesanti ripercussioni avuti sui conti dell'anno 2017, la relazione trimestrale riporti per ciascun erogatore anche il dettaglio delle contestazioni mosse, l'esito del relativo contraddittorio e gli estremi dell'eventuale comunicazione alla regione per l'avvio della procedura di revoca dell'accreditamento prevista dal contratto."*

- Il provvedimento di avvio della contrattazione è in linea con la programmazione economica finanziaria regionale e trova conferma nei costanti indirizzi giurisprudenziali che impongono alle Regioni di provvedere *"con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione - in*

*"unilaterale" - del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario regionale e distribuire le*







risorse disponibili, per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché stabilire i preventivi annuali delle prestazioni: e ciò nel rigoroso rispetto della complessa finalità di riequilibrio finanziario cui è ispirata la legislazione vigente (così le sentenze 12 aprile 2012, n. 3 e n. 4 dell'Adunanza plenaria)".

▪ Per le osservazioni proposte dagli erogatori privati **Santa Camilla Srl** e **Nova Salus Srl** si precisa che:

la DGR n. 349/2019 pone un espresso rinvio alla contrattazione per le strutture indicate, all'esito del contenzioso in atto, anche in considerazione della mancata sottoscrizione degli accordi contrattuali del triennio 2016-2018 per le prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78.

Su tali aspetti il Consiglio di Stato Sez. III, nella Sentenza n. 3457 del 27-05-2019, citando altro pronunciamento della Sezione stessa (3 febbraio 2016, n. 436), chiarisce "sulla base di un orientamento confermato di recente (sentenza 23 agosto 2018, n. 5039), il sistema dell'accreditamento non si sottrae al preminente esercizio del potere autoritativo e conformativo dell'Amministrazione, che si qualifica di natura concessoria ed assolve la funzione di ricondurre in un quadro di certezza il volume e la tipologia dell'attività del soggetto accreditato, il cui concorso con le strutture pubbliche nelle prestazioni di assistenza non avviene in un contesto di assoluta libertà di iniziativa e di concorrenzialità, ma - nella misura in cui comporta una ricaduta sulle risorse pubbliche - soggiace alla potestà di verifica sia tecnica che finanziaria della Regione ed a criteri di sostenibilità, nei limiti di spesa annuali (Cons. Stato, sez. III, 27 aprile 2015, n. 2143). In tale sistema, in base alla vigente normativa, i rapporti tra il Servizio sanitario nazionale e le strutture private accreditate sono regolati: da una fase, programmatica ed unilaterale, affidata alla Regione; da una fase contrattuale con le singole strutture, affidata alla Regione ed alle A.U.S.L., in assenza della quale le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario nazionale non sono tenuti a corrispondere la remunerazione per le prestazioni erogate (art. 8 quater, comma 2, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502)".

Prosegue il Consiglio di Stato "In particolare, la seconda di dette fasi trova la sua fonte normativa nell'art. 8 quinquies, D.Lgs. n. 502 del 1992, che pone il rapporto di accreditamento su una base strettamente negoziale, sì che al di fuori del contratto la struttura accreditata non è obbligata ad erogare prestazioni agli assistiti del servizio sanitario regionale (Cons. Stato, sez. III, 3 ottobre 2011, n. 5427). Peraltro, come evidenziato da questo Consiglio, (sentenza n. 5039 cit.) "le strutture private che decidono di lavorare con il Servizio sanitario fanno bene di dover sacrificare parte della loro autonomia imprenditoriale ma accettano tale limitazione in cambio della sicurezza - assente nel libero mercato - di un minimo di prestazioni garantite. Si tratta dunque di una scelta consapevole e reversibile, perchè lascia comunque sempre liberi - ove le condizioni imposte dalla Regione non siano ritenute più convenienti - di tornare ad operare solo in regime privatistico".

Sul punto si fa riferimento e si richiama la DGR n. 349/2019, che rinvia la contrattazione, in costanza di contenzioso attivato sul tetto di spesa e sulla sua modalità di determinazione, oltre ulteriori rilievi.

### **Conclusivamente l'Ufficio osserva che**

- Per gli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto

Dalla data della mancata stipula del accordo contrattuale non potranno erogare prestazioni ad alcun titolo a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., si provvede all'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento per effetto dell'art. 8-*quinquies*, comma 2 -*quinquies*, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii..

- La tempistica per il perfezionamento dell'accordo contrattuale è quella descritta nella deliberazione GR n. 349/2019 che richiede ai Direttori Generali di sottoscrivere il contratto "all'esito delle verifiche di competenza circa eventuali obblighi di emissione di nota di credito per extrabudget 2018 e di ogni altra verifica e adempimento di competenza", in considerazione della pacifica esclusione dalla remunerazione delle prestazioni extrabudget.





E' pertanto utile richiamare il recente pronunciamento anche Corte di Cassazione - Ordinanza 24 aprile 2019, n. 11209 -che, in materia di extrabudget, si è espressa nel senso che *"le prestazioni rese oltre il tetto di spesa non sarebbero vantaggiose per l'amministrazione intesa come servizio sanitario nazionale, perché il superamento del tetto verrebbe a ledere il bene primario delle risorse pubbliche, impedendo alla pubblica amministrazione di accettare e remunerare tali prestazioni, che ex lege sarebbero pertanto inutiliter data, a prescindere da ogni posteriore valutazione soggettiva della pubblica amministrazione"*.

- Spetta ai Direttori Generali provvedere quindi al monitoraggio delle attività conseguenti all'emissione delle note credito, pendenti al 2017, allo scopo di svincolare le risorse individuate a copertura del rischio connesso, con rendicontazione periodica, al Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR - DPF012, dello stato di avanzamento delle procedure in argomento, al fine di consentire alla Regione di relazionare ai Ministeri affiancanti;

### **Per quanto esposto e descritto**

Le modifiche e/o integrazioni da assentire, non incidono in maniera sostanziale sul sottoscrivendo accordo, i cui contenuti vanno specificati per singolo erogatore e per singola tipologia, e costituiscono correzioni di refusi presenti e rilevati o esplicitazioni e chiarimenti del testo così come approvato dalla Deliberazione GR n. 349/2019 ed in linea con la negoziazione del previgente triennio contrattuale.

### **Si producono i documenti citati, che non costituiscono allegati parte integrante:**

- Nota Prot. n. RA/0292068/18 del 23.10.2018 "DGR n. 101/2018 Accordi contrattuali area territoriale RSA, RP, Psico-riabilitazione e prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78. Comunicazioni"
- Parere Ministero della Salute – Ministero dell'Economia e delle Finanze ABRUZZO-DGPROGS-09/11/2016-0000264-P
- Verbale Tavolo di Monitoraggio 28 marzo e 9 aprile 2019 p. 67

\*\*\*

---

**Tipologia specialistica ambulatoriale - DGR n. 367 del 24.06.2019 *"Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla Rete di Specialistica ambulatoriale privata accreditata - Stabilimenti FKT, Studi di radiologia, Case di Cura, Studi Medici-branch a visita. Approvazione tetti di spesa per l'anno 2019 e definizione Schema contrattuale"*. Provvedimenti in merito alle osservazioni presentate dagli erogatori privati accreditati.**

---

Le osservazioni sono state proposte dalle seguenti strutture private accreditate per prestazioni erogate dalla Rete di Specialistica ambulatoriale - Stabilimenti FKT, Studi di radiologia, Case di Cura, Studi Medici-branch a visita:

- |  |   |
|--|---|
| 13. Agenzia Coordinamento Ospedali Privati – ACOP                            | - Prot n. RA/202327/19 del 09.07.2019   |
| 14. Casa di Cura Privata "DI LORENZO" Spa                                    | - Prot. n. RA/202387/19 del 09.07.2019  |
| 15. Centri di Fisioterapia e Riabilitazione – Centro di Medicina dello Sport | - Prot. n. RA/0206578/19 del 12.07.2019 |

In particolare si chiarisce che:

- Il contratto che presenta modifiche, introdotte unilateralmente dagli erogatori, non approvato dal provvedimento della Giunta Regionale, è considerato irricevibile e privo di effetti.





▪ **Art. 3 schema di accordo contrattuale “Volume massimo di prestazioni erogabili” - Determinazione tetti di spesa -**

La struttura che intende sottoscrivere il contratto, nel quale viene determinato il tetto di spesa spettante per le prestazioni erogate per conto del SSR, non può ritenerlo sottoscritto validamente qualora consideri l'assegnazione del tetto massimo quale acconto di budget maggiore.

Il contratto, nello schema approvato dalle deliberazioni in oggetto, prevede infatti che l'erogatore si impegni ad erogare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale “*incluse nei LEA vigenti al momento in cui la prestazione è resa a carico del SSR*” per le specialità per cui è accreditato, accettando, come **corrispettivo massimo annuale**, il tetto di spesa complessivo previsto.

Si ribadisce infatti che non può riconoscersi né remunerarsi in alcun modo e ad alcun titolo la produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa, che pertanto è inesigibile.

La previsione delle prenotazioni tramite Cup è un obbligo derivante dall'attuazione di normative nazionali recepite dalla Regione Abruzzo.

La programmazione delle prestazioni per le specialità per le quali ciascuna struttura è accreditata spetta alla pianificazione definita con il Direttore Generale.

Prima di procedere alla contrattualizzazione il Servizio competente procede ai necessari controlli per assicurare la regolarità e correttezza del procedimento.

▪ **Art. 5 “Criteri di ripartizione della spesa preventivata”**

In merito all'oscillabilità, per la contrattazione 2019 prevista al 20%, occorre precisare che tale margine non può influire sulla continuità nelle prestazioni che ciascuna struttura è chiamata ad assicurare per l'intero anno.

Va anche osservato che il ricorso all'oscillabilità non può essere sistematico, ma può essere determinato da esigenze temporane e comunque eccezionali.

L'erogatore è poi tenuto al rispetto del tetto di spesa previsto.

Non può ritenersi di pregio l'eliminazione dell'inciso - art. 5 – dell'inciso “limiti progressivi mensili”, poiché la disposizione di cui al citato articolo è nel senso di assicurare che sia fatta salva l'attività di verifica e controllo da parte degli Organismi aziendali a ciò deputati, a cui le strutture devono sottostare obbligatoriamente.

▪ **Art. 6 “Modalità di erogazione delle prestazioni”**

La prenotazione tramite Cup aziendale rappresenta un elemento qualitativo che garantisce la corretta erogazione della prestazione da parte dei servizi assistenziali, diagnostici e terapeutici accreditati con il SSR.

Rientra tra gli obblighi dell'erogatore privato accreditato verificare la regolarità delle prescrizioni su ricetta “rossa”, poiché è concessionario di servizio pubblico. Esso è parte del SSR e non può considerarsi soggetto terzo rispetto ad esso.

Se il controllo sulla prescrizione spetta all'erogatore privato accreditato, la vigilanza e controllo sui medici prescrittori compete invece all'amministrazione che adotterà tutte le necessarie verifiche su segnalazione dei punti di accettazione.

▪ **Art. 11 “Controlli di appropriatezza e congruità”**

Si conferma che il procedimento di verifica contemplato dal contratto e le eventuali controversie sulle verifiche sono assoggettati alla disciplina del procedimento amministrativo e sono di competenza dell'Organo che ha provveduto alle verifiche anzidette.

▪ **Art. 12 “Modalità di fatturazione”**





Il riferimento all'obbligo di fatturazione per i pazienti extra regionali non è oggetto della presente negoziazione e pertanto risulta possibile modificare il c. 3, mutuando il testo presente nella contrattazione 2018, ovvero "La fattura deve indicare le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente".

▪ **Art 14 "Tariffe"**

Si rappresenta che la disposizione citata – art. 8 quinquies c. 2 lett. e bis del D.lgs 502/92 "fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico programmato", indica quale elemento imprescindibile alla possibilità di accordi integrativi l'equilibrio economico programmato che per la Regione sono i provvedimenti già citati nella DGR n. 367/2019 ovvero per il 2019 nota Prot. n. RA 347364/18 del 11.12.2018 "Tetti di spesa provvisori per i contratti di acquisto sanitarie da soggetti privati accreditati anno 2019. Comunicazioni" e DGR n. 913 del 28 novembre 2018 (Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2019-2021), a conferma della sostanziale continuità con la programmazione del Piano di Riqualficazione 2016-2018.

Pertanto al momento non sono rinvenibili margini spendibili nel senso richiesto.

▪ **Art. 16 "Cessione dei crediti"**

Gli obblighi derivanti dall'esecuzione del contratto sono di natura cogente e, per quanto previsto nella disposizione in esame, anche quelli relativi alla cessione dei crediti rientrano tra questi.

La struttura quindi sarà tenuta a rispettarli sia nei confronti delle Aziende USL competenti per territorio, che della Regione Abruzzo, quest'ultima parte imprescindibile del contratto in essere;

▪ **Art. 17 "Risoluzione del contratto"**

Si evidenzia che la casistica presente nello schema contrattuale non ha rilevanza puramente formale, ma attiene al regolare assolvimento degli obblighi del contraente che opera per conto del SSR ed è percettore di risorse pubbliche.

▪ **Art. 20 "Clausola di salvaguardia"**

Si conferma la piena vigenza ed efficacia della clausola, atteso che con il verbale del 21.11.2013 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza si è già espresso per la presenza nello schema contrattuale della clausola in questione, successivamente aspetto ribadito a margine della contrattazione di cui ai Decreti commissariali n. 48/2016 - n. 49/2016 per la negoziazione con gli erogatori privati accreditamenti per prestazioni in regime residenziale, riabilitativo e psico-riabilitativo e riabilitativo ex art. 26 L. 833/78 per il biennio 2016-2017, con parere ABRUZZO-DGPROGS-09/11/2016-0000264-P.

Inoltre, a ben vedere, lo stesso Consiglio di Stato ha chiarito ulteriormente che *"si può escludere ad un primo esame la violazione del diritto costituzionale ad agire in giudizio a tutela dei propri diritti e interessi legittimi limitatamente agli aspetti quantitativi relativi alle concrete fattispecie in essere, dal momento che:*

*a) la clausola è limitata a definire un conflitto già in essere o potenziale relativo a concrete e definite questioni; b) chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quale i livelli essenziali relativi al diritto alla salute; c) in alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato (Consiglio di Stato, sez. III, ord. n. 906/2015)"*, oltre recenti pronunciamenti confermativi del medesimo orientamento giurisprudenziali.

Sul punto infatti il Cons. Stato Sez. III, Sent. n. 3457 (ud. 16-04-2019) del 27-05-2019 ha poi ulteriormente precisato che, detta la clausola impone all'erogatore l'accettazione incondizionata dei tetti di spesa e la rinuncia ad eventuali impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione e che tale è il consolidato orientamento della Sezione, da cui non si discosta.

Per l'effetto aggiunge che *"gli operatori privati - in quanto impegnati, insieme alle strutture pubbliche, a garantire l'essenziale interesse pubblico alla corretta ed appropriata fornitura del primario servizio della*







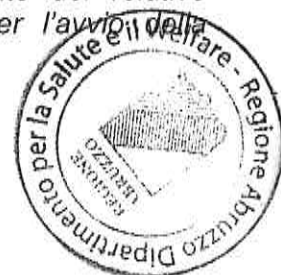
salute - non possono considerarsi estranei ai vincoli oggettivi e agli stati di necessità conseguenti al Piano di rientro, al cui rispetto la Regione è obbligata. La stessa Sezione, sebbene in sede cautelare (ord., 26 febbraio 2015, n. 906), aveva già chiarito che la sottoscrizione della clausola di salvaguardia nelle Regione soggette ai Piani di rientro dai disavanzi del settore sanità è imposta dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute per esigenze di programmazione finanziaria, attraverso le prescrizioni elaborate all'esito della riunione del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali. Tale clausola di conseguenza equivale ad un impegno della parte privata contraente al rispetto ed accettazione dei vincoli di spesa essenziali in una Regione sottoposta al Piano di rientro. (sez. III, ord., 27 gennaio 2017, n. 336). D'altro canto, in caso di mancata sottoscrizione, l'Autorità politico-amministrativa non avrebbe alcun interesse a contrarre a meno di non rendere incerti i tetti di spesa preventivati, né potrebbe essere obbligata in altro modo alla stipula, con l'effetto che la richiesta sospensione finirebbe per non giovare alla parte ricorrente in primo grado" (cfr. sentenza n. 5039 cit.)".

La c.d. clausola di salvaguardia, come descritto ampiamente legittima, comporta quindi l'accettazione incondizionata, da parte degli operatori privati, dei tetti di spesa e la rinuncia a eventuali impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione, poiché questi perseguono, assieme al pubblico e nel primario interesse di questo, la corretta ed appropriata fornitura di servizi alla salute e non possono considerarsi, conseguentemente, estranei ai vincoli oggettivi e agli stati di necessità conseguenti al Piano di rientro, al cui rispetto la Regione è obbligata.

Per quanto premesso non può che confermarsi l'art. 20 nella formulazione assentita dai Ministeri affiancanti.

#### **Attese le osservazioni proposte si precisa ulteriormente che:**

- Anche nella corrente annualità opera il principio secondo cui non siano negoziabili i vincoli finanziari imposti dal Piano di rientro - *rectius* per la Regione Abruzzo dal Piano di Riqualficazione DCA 55/2016 e successiva DGR n. 505/2016 e, per il 2019, dalla DGR n. 913 del 28 novembre 2018 (Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali per il triennio 2019-2021), a garanzia della sostanziale continuità con la programmazione del Piano di Riqualficazione 2016-2018, per il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario;
- Gli erogatori privati che non intendono accettare le condizioni derivanti "*da esigenze programmatiche e finanziarie pubbliche (e dunque il budget assegnato alla propria struttura)*" sono nelle condizioni di valutare se "*permanere nel campo della sanità pubblica; ovvero, se collocarsi esclusivamente nel mercato della sanità privata*", come rimarcato dal Consiglio di Stato (Sentenza CdS n. 321 del 18.01.2018);
- Per gli erogatori, che si soffermano sugli aspetti relativi all'emissione delle note di credito, si rileva il pronunciamento espresso dei Ministeri affiancanti – p. 67 Verbale 27 marzo e 9 aprile 2019 "*Note di Credito da erogatori privati accreditati: le ASL dovranno presentare trimestralmente insieme ad ogni CE apposita relazione che dettagli le azioni intraprese per l'ottenimento delle note di credito da ricevere, presenti nei propri bilanci, nonché le relative tempistiche attese.*  
*Tavolo e Comitato ritengono opportuno che, in considerazione della protratta inerzia delle aziende e delle pesanti ripercussioni avuti sui conti dell'anno 2017, la relazione trimestrale riporti per ciascun erogatore anche il dettaglio delle contestazioni mosse, l'esito del relativo contraddittorio e gli estremi dell'eventuale comunicazione alla regione per l'avvio della procedura di revoca dell'accreditamento prevista dal contratto.*"





- Il provvedimento di avvio della contrattazione è in linea con la programmazione economica finanziaria regionale e trova conferma nei costanti indirizzi giurisprudenziali che impongono alle Regioni di provvedere *"con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione - in via "unilaterale"- del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario regionale e distribuire le risorse disponibili, per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché stabilire i preventivi annuali delle prestazioni; e ciò nel rigoroso rispetto della complessa finalità di riequilibrio finanziario cui è ispirata la legislazione vigente (così le sentenze 12 aprile 2012, n. 3 e n. 4 dell'Adunanza plenaria)"*;

### **Conclusivamente l'Ufficio osserva che**

- Per gli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto

Dalla data della mancata stipula del accordo contrattuale non potranno erogare prestazioni ad alcun titolo a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., si provvede all'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento per effetto dell'art. 8-*quinquies*, comma 2 -*quinquies*, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii..

- La tempistica per il perfezionamento dell'accordo contrattuale è quella descritta nella deliberazione GR n. 367/2019 che richiede ai Direttori Generali di sottoscrivere il contratto *"all'esito delle verifiche di competenza circa eventuali obblighi di emissione di nota di credito per extrabudget 2018 e di ogni altra verifica e adempimento di competenza"*, in considerazione della pacifica esclusione dalla remunerazione delle prestazioni extrabudget.

E' pertanto utile richiamare il recente pronunciamento anche Corte di Cassazione - Ordinanza 24 aprile 2019, n. 11209 -che, in materia di extrabudget, si è espressa nel senso che *"le prestazioni rese oltre il tetto di spesa non sarebbero vantaggiose per l'amministrazione intesa come servizio sanitario nazionale, perché il superamento del tetto verrebbe a ledere il bene primario delle risorse pubbliche, impedendo alla pubblica amministrazione di accettare e remunerare tali prestazioni, che ex lege sarebbero pertanto inutiliter data, a prescindere da ogni posteriore valutazione soggettiva della pubblica amministrazione"*.

- Spetta ai Direttori Generali provvedere quindi al monitoraggio delle attività conseguenti all'emissione delle note credito, pendenti al 2017, allo scopo di svincolare le risorse individuate a copertura del rischio connesso, con rendicontazione periodica, al Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR - DPF012, dello stato di avanzamento delle procedure in argomento, al fine di consentire alla Regione di relazionare ai Ministeri affiancanti;

### **Per quanto esposto e descritto**

Le modifiche e/o integrazioni da assentire, non incidono in maniera sostanziale sul sottoscrivendo accordo, i cui contenuti vanno specificati per singolo erogatore e per singola tipologia, e costituiscono correzioni di refusi presenti e rilevati o esplicitazioni e chiarimenti del testo così come approvato dalla Deliberazione GR n. 367/2019.

### **Si producono i documenti citati, che non costituiscono allegati parte integrante:**

- Parere Ministero della Salute – Ministero dell'Economia e delle Finanze ABRUZZO-DGPROGS-09/11/2016-0000264-P

- Verbale Tavolo di Monitoraggio 28 marzo e 9 aprile 2019 p. 67

\*\*\*





**Tipologia assistenza termale - DGR n. 318 del 03.06.2019 "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla Rete termale privata accreditata anno 2019 – approvazione dello schema di accordo negoziale e relativi tetti massimi di spesa"**

- Le prestazioni di assistenza termale si caratterizzano per la stagionalità nella erogazione, limitata ad taluni periodo dell'anno.

Nel corso del triennio trascorso è stato accertato che il budget assegnato annualmente non è stato eroso in nessuna delle strutture regionali attive e gli stabilimenti termali regionali hanno seguito l'andamento di tutto il termalismo su base nazionale.

Non è così emersa la problematica, presente invece in altre tipologie di prestazioni, delle note di credito.

- Il tetto di spesa complessivo è stato determinato compiutamente con riferimento ai dati di riparto nazionali definiti in sede di Conferenza Stato- Regioni.

- La Clausola di salvaguardia ripropone la formulazione della contrattazione del triennio trascorso, ma può in ogni caso essere uniformato alla formulazione presente negli schemi contrattuali delle restanti prestazioni (DD.GG.RR. n. 348 – 349 – 367 del 2019)

**Il Responsabile dell'Ufficio**  
*Dott.ssa Maddalena Tabasso*

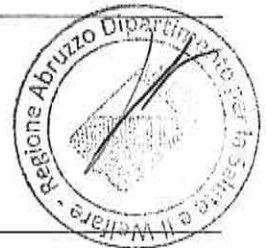
**Il Dirigente del Servizio**  
*Vacante*

**Il Direttore del Dipartimento**  
*Avv. Roberto Fagnano*





REGIONE  
ABRUZZO



**GIUNTA REGIONALE**

**DIREZIONE DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE**

**SERVIZIO DPF 006: Contratti Erogati Privati**

**UFFICIO DPF00603: Contratti e tetti erogatori privati della Rete ospedaliera, attività trapiantologica regionale, comitato percorso nascita**

**OGGETTO: DOCUMENTO ISTRUTTORIO - DGR 348/2019: OSSERVAZIONI PRESENTATE DAGLI EROGATORI PRIVATI**

Con la DGR 348/2019 "Approvazione schema contrattuale per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni sanitarie erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata e tetti massimi di spesa 2019" è stato dato avvio alla negoziazione 2019 con le strutture ospedaliere accreditate per l'assistenza ospedaliera.

Lo schema contrattuale adottato con il predetto atto riproduce, con minime modifiche, quello 2018 approvato con DGR 634/2017, per altro sottoscritto da tutte le strutture. Ad esso, esercitando una facoltà concessa dallo stesso provvedimento sono state presentate osservazioni, di identico contenuto, da parte delle Casa di cura Di Lorenzo e delle sigle sindacali ACOP, ARIS, CONFINDUSTRIA (acquisite al protocollo regionale informatizzato rispettivamente con n. RA/0190492/19 e con il n. RA/191054/19 che si allegano alla presente come parte non integrante al solo fine di supporto istruttorio).

In disparte la considerazione che molte delle predette osservazioni sono già state oggetto di riscontro nelle precedenti tornate contrattuali, con note e provvedimenti, nonché di repliche in atti giudiziari, e che sono state comunque superate con la firma dei contratti da parte delle stesse strutture, si reputa opportuno valutare comunque le contestazioni in oggetto.

Si tratta dei seguenti articoli dello schema di accordo:

- art. 5 (criteri di ripartizione della spesa preventivata);
- art. 6 (modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie);
- art. 11 (controlli di appropriatezza e congruità);
- art. 13 (controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento);
- art. 17 (risoluzione del contratto);
- art. 19 (clausola di salvaguardia);

Si osserva a riguardo:

-con riferimento all'art 5 dello schema del contratto e all'utilizzo flessibile dei posti letto: che con plurime sentenze del 2019 (nn.4316,4314,4310,4308,4284), a cui è fatto obbligo all'Amministrazione di dare esecuzione, il Consiglio di Stato ha recentissimamente interpretato i contenuti della L.R. 6/2007 stabilendo tra l'altro:

- che "l'accreditamento (per prestazioni e posti letto distinti per specialità e disciplina) costituisce la cornice entro la quale è possibile riconoscere alla struttura la remunerazione per le prestazioni rese";
- che "avallare il libero interscambio dei posti letto vorrebbe dire vanificare il fine della programmazione dei ricoveri e consentire alla struttura accreditata di prescindere dalle prestazioni e dalle attività concordate (per specifica tipologia e quantità) con la ASL";
- che tuttavia "il sistema, pur rigido, naturalmente contempla un margine di adattamento che lo rende capace di fronteggiare situazioni contingenti ed emergenziali attraverso deroghe e disallineamenti occasionali" nel senso che il superamento delle degenze giornaliere previste per le singole specialità non è consentito alle case di cura private, se non in via d'eccezione";

-con riferimento all'art 6 dello schema di contratto: che la funzione di verifica della regolarità formale delle prescrizioni mediche su ricettario del SSN deve avvenire sulla base della vigente normativa nazionale e regionale e rientra tra i compiti degli uffici preposti all'accettazione dei pazienti come nelle strutture pubbliche così pure in quelle accreditate, in quanto concessionarie di un pubblico servizio. D'altra parte anche il Consiglio di Stato (n.4936/2018) ha avuto modo di rappresentare che "ai fini della corretta



*pianificazione della spesa sanitaria (nel senso del correlato "impiego contingentato delle risorse finanziarie pubbliche destinate a remunerare le prestazioni" erogate dalle strutture...) un ruolo non secondario riveste certamente la funzione di verifica della regolarità formale dei titoli (prescrizioni mediche) in base ai quali dette strutture private erogano, in virtù di apposito rapporto contrattuale, prestazioni poste a carico del S.S.R. entro i limiti di spesa da questo, per l'appunto, annualmente programmati. Si tratta di una funzione, peraltro, agevolmente espletabile dagli apparati tecnico-amministrativi dei Centri accreditati, preposti ai compiti di accettazione/prenotazione preliminari all'effettiva erogazione della prestazione";*

*-con riferimento all'art 11 dello schema di contratto: che le disposizioni sui controlli sono mutate dalla vigente disciplina regionale in materia, oggetto delle sentenze sopra citate;*

*-con riferimento all'art 13 dello schema di contratto e alla tempistica dei controlli: che la legge 241/1990 assicura comunque un termine ex lege a tutti i procedimenti amministrativi;*

*-con riferimento all'art 17 dello schema di contratto e alla risoluzione del contratto nel caso di mancata emissione di nota di credito: che è conforme ai contenuti richiesti dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute per esigenze di controllo della spesa programmata nell'ambito delle procedure di controllo del Piano di Rientro e che in ogni caso il presupposto contrattuale della reiterazione, inserito nello schema negoziale dalla Regione Abruzzo, nonché la partecipazione delle case di cura al procedimento amministrativo in carico alla ASL per accertare come ingiustificata la mancata emissione della nota di credito, sembrano garantire sufficientemente la posizione dell'erogatore privato nel caso in cui si verifichi una causa di risoluzione di contratto. Tuttavia l'art 3 comma 2 dello schema negoziale sancisce espressamente la non esigibilità e non remunerabilità in nessun caso ed ad alcun titolo della produzione extrabudget, per la quale l'emissione della nota di credito di cui all'art 13 risulta conseguentemente doverosa a norma di contratto.*

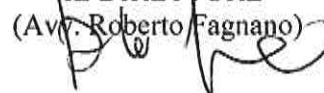
*-con riferimento all'art 19 dello schema di contratto e alla cosiddetta clausola di salvaguardia: che i suoi contenuti sono conformi al testo formulato dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute per esigenze di programmazione finanziaria, attraverso le prescrizioni elaborate all'esito della riunione del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali. La legittimità della clausola è stata più volte ribadita anche di recente dal Consiglio di Stato (n. 3457/2019 e n. 787/2019) che ha precisato, coerentemente con il suo consolidato orientamento, che *la sottoscrizione della clausola di salvaguardia nelle Regioni soggette ai Piani di rientro dai disavanzi del settore sanità è imposta dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute per esigenze di programmazione finanziaria, attraverso le prescrizioni elaborate all'esito della riunione del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali. Tale clausola di conseguenza equivale ad un impegno della parte privata contraente al rispetto ed accettazione dei vincoli di spesa essenziali in una Regione sottoposta al Piano di rientro.*" (Consiglio di Stato n. 5039/2018).*

Alla luce delle osservazioni di cui alla nota Regionale prot. RA/234732 del 14.08.2019 (come integrata dalle indicazioni contenute nella nota del 28.08.2019 prot. RA/241242) si rende opportuno redigere il presente documento istruttorio, affinché la Giunta Regionale - che approvando lo schema di contratto con DGR 348/2019, ha la competenza anche ad apportare eventuali modifiche ed integrazioni allo stesso - valuti di confermare i contenuti della Deliberazione di Giunta Regionale n. 348/2019 e dei suoi allegati e per l'effetto autorizzi gli uffici competenti al prosieguo della procedura approvata con il predetto provvedimento. L'atto risulta urgente in quanto è interesse dell'Ente, anche ai fini dell'adempimento alle prescrizioni del tavolo di monitoraggio, addivenire in tempi rapidi alla definizione delle negoziazioni con le strutture private di che trattasi. Si rappresenta infine che dalla fattispecie non derivano oneri di spesa per il bilancio regionale essendo la stessa a carico del FSR.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO  
(Dott.ssa Paola Sonsini)



PER IL DIRIGENTE  
VACANTE  
IL DIRETTORE  
(Avv. Roberto Fagnano)





**Casa di Cura Privata "DI LORENZO" spa**

**Direttore Sanitario: Dott. Angelo Petroni**

Via Vittorio Veneto, 37 67051 Avezzano (Aq)

tel 0863 4281 fax 0863 412446 e-mail: info@dilorenzo.it www.dilorenzo.it

**Prot. 600/2019 LDL/Idl  
Raccomandata a mezzo PEC**

Spett.le  
Direzione Politiche della Salute  
Assessore Regionale  
Dott.ssa Nicoletta Veri  
Via Conte di Ruvo, n. 74  
**65127 PESCARA**

Spett.le  
Direzione Politiche della Salute  
DPF006 Dott. Angelo Muraglia  
Via Conte di Ruvo, n. 74  
**65127 PESCARA**

**OGGETTO:** Controdeduzioni alla delibera di Giunta Regionale, n. 348 del 18/6/2019 "Approvazione schema contrattuale per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata e tetti massimi di spesa 2019".

In relazione alla DGR in oggetto, trasmessa a mezzo PEC in data 20.6.u.s., si inviano le controdeduzioni che seguono, richiamando espressamente anche le controdeduzioni già inviate in relazione agli accordi contrattuali delle precedenti annualità.

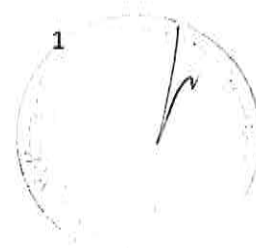
**A) Determinazione del tetto di spesa.**

1. Ribadiamo la disponibilità a sottoscrivere accordi che consentano il recupero della mobilità passiva od ogni altro accordo integrativo volto all'abbattimento delle liste d'attesa.

**B) Relativamente alla disciplina contrattuale:**

**Articolo 5: Criteri di ripartizione della spesa preventivata**

Chiediamo conferma della corretta interpretazione della disciplina contrattuale dettata dal presente articolo: è possibile ricoverare, come previsto dalla L. 6/2007, pazienti di una disciplina accreditata in misura pari al 120% dei posti letto accreditati, purché si mantenga il limite dell'occupazione per AFO e per struttura.



Congiuntamente, in coerenza con i principi di appropriatezza sanciti dal DCA 50/2011 e ss.mm.ii. ed *"all'utilizzo flessibile dei posti letto accreditati per disciplina"*, chiediamo conferma sulla possibilità di occupare in regime di DH/DS posti letto ordinari accreditati non occupati in regime di ricovero ordinario, superando quindi il numero di posti letto DH/DS attribuiti a ciascun Erogatore.

Per oscillabilità del 20% della mensilizzazione si intende solo in aumento o per fini meramente compensativi della minore produzione collegata a particolari motivazioni stagionali o per cause di forza maggiore.

#### **Articolo 6: Modalità di erogazione delle prestazioni**

Come noto, le strutture hanno l'obbligo di verificare l'appropriatezza delle prestazioni rese in favore degli utenti; con l'introduzione della clausola in esame, si pretenderebbe di imporre a carico degli Erogatori anche l'obbligo di verificare le attività poste in essere da soggetti terzi ed esterni alle strutture, sancendo incongruamente, in caso di irregolarità e/o incompletezza, la non remunerabilità della prestazione. L'importo, quindi, di eventuali prestazioni erogate sulla base di impegnative "non conformi", non dovrebbe essere soggetto a decurtazioni per le Strutture Sanitarie investite del semplice "potere di vigilanza" e non anche di quello prescrittivo.

#### **Articolo 11: Controlli di appropriatezza e congruità**

E' necessario inserire un chiarimento circa i criteri posti alla base dei controlli del calcolo delle sanzioni che, con l'attuale sistema vengono duplicare e triplicate!

#### **Articolo 13: Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento**

Sulla clausola in questione si osserva che, mentre a carico della Struttura sono contemplati termini e modalità di rendicontazione e contabilizzazione delle prestazioni sempre rigorosi e prescrittivi (prevedendosi persino, in caso di mancata emissione della nota di credito entro 60 giorni, la risoluzione del contratto), per contro l'espletamento, da parte degli organismi di controllo aziendale, delle verifiche amministrative e sanitarie, all'esito delle quali la A.S.L. procede al saldo delle fatture, non è assoggettato ad alcun termine.

Ciò comporta notevoli ritardi nella remunerazione delle prestazioni idonei a determinare situazioni di criticità finanziaria per gli erogatori.

L'incertezza sulla tempistica riverbera altresì i suoi effetti pregiudizievoli anche in ordine ai meccanismi temporali previsti dal successivo art. 15 per la cessione dei crediti.

Ne deriva, pertanto, una situazione di squilibrio contrattuale, alla quale potrebbe porsi rimedio unicamente facendo ricorso a complessi e non sempre tempestivi meccanismi di tutela giudiziaria, volti ad imporre alla A.S.L. un termine entro il quale effettuare le verifiche di competenza.



In tal senso, analogamente a quanto prescrittivamente imposto alla Struttura per l'emissione della nota di credito, potrebbe essere equo stabilire a carico della A.S.L. un termine di 60 giorni per l'espletamento delle verifiche, decorso il quale il credito della Struttura diverrebbe quantomeno esigibile.

**Articolo 17: Risoluzione del contratto**

La mancata emissione della nota credito può essere considerata causa di risoluzione solo a seguito della conclusione di eventuali controversie che dovessero sorgere innanzi al Tribunale Ordinario o Amministrativo, relativamente all'applicazione del presente accordo, poiché in caso contrario sarebbe inibito a tutti gli effetti il diritto di difesa degli Erogatori, in contrasto con tutte le previsioni costituzionali del vigente ordinamento!

**Articolo 19: Clausola di salvaguardia**

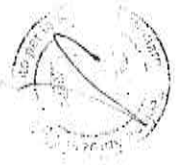
È del tutto sorprendente che, ancora oggi, si pretenda di imporre la rinuncia alle impugnazioni avverso i provvedimenti determinativi della spesa, in chiara e palese violazione del diritto di azione consacrato dagli articoli 24 e 113 della Costituzione, anche e soprattutto per quanto concerne le gravi violazioni esposte relativamente al contratto proposto ed ai provvedimenti ad esso collegati.

Certi del fatto che si lavorerà nella spirito di massima collaborazione, rimaniamo in attesa delle indicazioni per la sottoscrizione dei contratti. Distinti saluti

Avezzano, lì 27/6/2019

Casa di Cura Privata Di Lorenzo s.p.a.  
L'Amministratore Unico  
(Dott.ssa Lucia Di Lorenzo)





La presente copia è conforme all'originale  
a richiesta di Prof. Luca di Luca  
.....  
.....  
.....  
Dipartimento per la Salute e il Welfare

Raccomandata a mezzo PEC

Spett.le  
Direzione Politiche della Salute  
Assessore Regionale  
Dott.ssa Nicoletta Veri  
Via Conte di Ruvo, n. 74  
**65127 PESCARA**

Spett.le  
Direzione Politiche della Salute  
DPF006 Dott. Angelo Muraglia  
Via Conte di Ruvo, n. 74  
**65127 PESCARA**

OGGETTO: Controdeduzioni alla delibera di Giunta Regionale, n. 348 del 18/6/2019 "Approvazione schema contrattuale per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata e tetti massimi di spesa 2019".

In relazione alla DGR in oggetto, trasmessa a mezzo PEC in data 20.6.u.s., si inviano le controdeduzioni che seguono, richiamando espressamente anche le controdeduzioni già inviate in relazione agli accordi contrattuali delle precedenti annualità.

**A) Determinazione del tetto di spesa.**

1. Ribadiamo la disponibilità a sottoscrivere accordi che consentano il recupero della mobilità passiva od ogni altro accordo integrativo volto all'abbattimento delle liste d'attesa.

**B) Relativamente alla disciplina contrattuale:**

**Articolo 5: Criteri di ripartizione della spesa preventivata**

Chiediamo conferma della corretta interpretazione della disciplina contrattuale dettata dal presente articolo: è possibile ricoverare, come previsto dalla L. 6/2007, pazienti di una disciplina accreditata in misura pari al 120% dei posti letto accreditati, purché si mantenga il limite dell'occupazione per AFO e per struttura.

Congiuntamente, in coerenza con i principi di appropriatezza sanciti dal DCA 50/2011 e ss.mm.ii. ed "all'utilizzo flessibile dei posti letto accreditati per disciplina", chiediamo conferma sulla possibilità di occupare in regime di DH/DS posti letto ordinari accreditati non occupati in regime di ricovero ordinario, superando quindi il numero di posti letto DH/DS attribuiti a ciascun Erogatore.



Per oscillabilità del 20% della mensilizzazione si intende solo in aumento o per fini meramente compensativi della minore produzione collegata a particolari motivazioni stagionali o per cause di forza maggiore.

#### **Articolo 6: Modalità di erogazione delle prestazioni**

Come noto, le strutture hanno l'obbligo di verificare l'appropriatezza delle prestazioni rese in favore degli utenti; con l'introduzione della clausola in esame, si pretenderebbe di imporre a carico degli Erogatori anche l'obbligo di verificare le attività poste in essere da soggetti terzi ed esterni alle strutture, sancendo incongruamente, in caso di irregolarità e/o incompletezza, la non remunerabilità della prestazione. L'importo, quindi, di eventuali prestazioni erogate sulla base di impegnative "non conformi", non dovrebbe essere soggetto a decurtazioni per le Strutture Sanitarie investite del semplice "potere di vigilanza" e non anche di quello prescrittivo.

#### **Articolo 11: Controlli di appropriatezza e congruità**

E' necessario inserire un chiarimento circa i criteri posti alla base dei controlli del calcolo delle sanzioni che, con l'attuale sistema vengono duplicare e triplicate!

#### **Articolo 13: Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento**

Sulla clausola in questione si osserva che, mentre a carico della Struttura sono contemplati termini e modalità di rendicontazione e contabilizzazione delle prestazioni sempre rigorosi e prescrittivi (prevedendosi persino, in caso di mancata emissione della nota di credito entro 60 giorni, la risoluzione del contratto), per contro l'espletamento, da parte degli organismi di controllo aziendale, delle verifiche amministrative e sanitarie, all'esito delle quali la A.S.L. procede al saldo delle fatture, non è assoggettato ad alcun termine.

Ciò comporta notevoli ritardi nella remunerazione delle prestazioni idonei a determinare situazioni di criticità finanziaria per gli erogatori.

L'incertezza sulla tempistica riverbera altresì i suoi effetti pregiudizievoli anche in ordine ai meccanismi temporali previsti dal successivo art. 15 per la cessione dei crediti.

Ne deriva, pertanto, una situazione di squilibrio contrattuale, alla quale potrebbe porsi rimedio unicamente facendo ricorso a complessi e non sempre tempestivi meccanismi di tutela giudiziaria, volti ad imporre alla A.S.L. un termine entro il quale effettuare le verifiche di competenza.

In tal senso, analogamente a quanto prescrittivamente imposto alla Struttura per l'emissione della nota di credito, potrebbe essere equo stabilire a carico della A.S.L. un termine di 60 giorni per l'espletamento delle verifiche, decorso il quale il credito della Struttura diverrebbe quantomeno esigibile.

#### **Articolo 17: Risoluzione del contratto**



La mancata emissione della nota credito può essere considerata causa di risoluzione solo a seguito della conclusione di eventuali controversie che dovessero sorgere innanzi al Tribunale Ordinario o Amministrativo, relativamente all'applicazione del presente accordo, poiché in caso contrario sarebbe inibito a tutti gli effetti il diritto di difesa degli Erogatori, in contrasto con tutte le previsioni costituzionali del vigente ordinamento.

**Articolo 19: Clausola di salvaguardia**

È del tutto sorprendente che, ancora oggi, si pretenda di imporre la rinuncia alle impugnazioni avverso i provvedimenti determinativi della spesa, in chiara e palese violazione del diritto di azione consacrato dagli articoli 24 e 113 della Costituzione, anche e soprattutto per quanto concerne le gravi violazioni esposte relativamente al contratto proposto ed ai provvedimenti ad esso collegati.

Certi del fatto che si lavorerà nella spirito di massima collaborazione, rimaniamo in attesa delle indicazioni per la sottoscrizione dei contratti. Distinti saluti

Avezzano, il 27/6/2019

ACOP Abruzzo

Dott.ssa Lucia Di Lorenzo



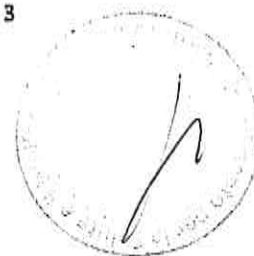
CONFINDUSTRIA Abruzzo

Dott. Pierluigi Marinelli



ARIS Abruzzo

Dott.ssa Rossella Celeste





La presente copia è conforme all'originale  
e al computer di fogli 2..... e di 3.....  
.....  
.....  
Dipartimento per la Salute e il Welfare

