



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 50 del 19/03/2021

OGGETTO: Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata con oneri a carico del SSR – Anno 2021.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120, comma 2, della Costituzione;

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

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

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

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

RICHIAMATA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 19 luglio 2019, con la quale è stata nominata la dott.ssa Maria Crocco, quale sub commissario unico con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ex art. 120, comma 2, della Costituzione;

VISTA la Pec del 28 dicembre 2020, con la quale la dott.ssa Maria Crocco ha rassegnato le proprie dimissioni da sub commissario;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 27 novembre 2020, con la quale è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, il prefetto Guido Nicolò Longo;

RICHIAMATA la medesima deliberazione del Consiglio dei Ministri, con la quale è stato affidato al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i programmi Operativi 2019-2021 di prosecuzione del Piano di rientro nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'attuazione del decreto legge 10 novembre 2020, n. 150.

In particolare, nell'ambito della cornice normativa vigente, si affidano al Commissario ad acta le seguenti azioni e interventi prioritari:

1) adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli standard di riferimento, in particolare con riguardo all'adesione agli screening oncologici, all'assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;

2) completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;

3) definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;

- 4) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei Nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 5) revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 6) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 7) completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
- 8) gestione ed efficientamento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;
- 9) razionalizzazione ed efficientamento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
- 10) gestione ed efficientamento della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale e il corretto utilizzo dei farmaci in coerenza con il fabbisogno assistenziale;
- 11) definizione dei tetti di spesa e dei conseguenti contratti con gli erogatori privati accreditati per l'acquisto di prestazioni sanitarie in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
- 12) adozione di ogni necessaria iniziativa commissariale al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario da parte delle aziende in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale, al fine di implementare il sistema di monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale per il governo delle azioni previste dal Piano di rientro con riferimento alla garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e alla garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 13) sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i.;
- 14) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 15) definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
- 16) interventi per la gestione, razionalizzazione ed efficientamento della spesa e delle attività proprie della medicina di base;
- 17) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 18) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 19) puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- 20) puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
- 21) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
- 22) riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;

23) ricognizione, quantificazione e gestione del contenzioso attivo e passivo in essere, e verifica dei fondi rischi aziendali e consolidato sanitario regionale;

24) prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della certificabilità;

25) programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale, fermo restando quanto disposto dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150;

26) attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150. In particolare, il Commissario ad acta:

- a) fornisce indicazioni in ordine al supporto tecnico ed operativo da parte di Agenas previsto all'articolo 1, comma 4, del citato decreto legge;
- b) attua quanto previsto all'articolo 1, comma 2, del citato decreto legge;
- c) nomina i commissari straordinari aziendali ai sensi dell'articolo 1 del citato decreto legge e verifica trimestralmente il relativo operato in relazione al raggiungimento degli obiettivi di cui al Programma operativo 2019-2021, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 6, del citato decreto legge;
- d) approva gli atti aziendali adottati dai commissari straordinari, al fine di garantire il rispetto dei LEA e di assicurarne la coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché al fine di ridefinire le procedure di controllo interno;
- e) adotta gli atti aziendali in caso di inerzia da parte dei commissari straordinari ai sensi dell'articolo 2 del citato decreto legge;
- f) verifica periodicamente, che non sussistano i casi di cui all'articolo 3, comma 1, quinto periodo, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in relazione all'attività svolta dai direttori amministrativi e sanitari;
- g) provvede in via esclusiva all'espletamento delle procedure di approvvigionamento di cui all'articolo 3 del citato decreto legge;
- h) valuta l'attivazione del supporto del Corpo della Guardia di finanza in coerenza con l'articolo 5 del citato decreto legge;
- i) adotta il Programma operativo per la gestione dell'emergenza Covid-19 previsto dall'articolo 18 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;
- j) definisce il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione;
- k) presenta, adotta e attua i Programmi operativi 2022-2023, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 6 del citato decreto legge;
- l) coordina le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria delle aziende del Servizio sanitario regionale assicurandone l'efficacia;

VISTO il Decreto Legge 10 novembre 2020 n. 150, recante “*Misure urgenti per il rilancio del servizio sanitario della regione Calabria e per il rinnovo degli organi elettivi*”, convertito in legge con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181;

VISTO il DCA n. 179 del 12.12.2019 con il quale è stato definito per l'anno 2020 il limite massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata.

VISTO il DCA n. 57 del 26 febbraio 2020 relativo all'approvato del Programma Operativo 2019-2021 ed in particolare il punto 19 "Tendenziale e Programmatico 2019-2021 - Sintesi economica delle manovre" integrato e rettificato con il DCA n. 107 del 7.8.2020, che definisce, tra l'altro, le risorse finanziarie per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2021.

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

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

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

RICHIAMATI i consolidati assunti giurisprudenziali, secondo i quali:

- la stipula degli accordi ex art. 8 *quinquies* del citato D.Lgs. è condizione indispensabile per l'erogazione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale; la prassi degli operatori economici accreditati, che, pur rifiutandosi di sottoscrivere l'accordo proposto loro dalle Aziende sanitarie locali, continuano ad eseguire prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale non è compatibile con l'attuale ordinamento giuridico;
- la determinazione dei limiti e delle condizioni delle prestazioni che l'Azienda sanitaria è disposta ad acquistare costituisce un vincolo contrattuale che il soggetto accreditato può liberamente accettare o rifiutare, o se l'accordo non viene ritenuto conveniente, per cui, in definitiva, l'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale è, comunque, frutto di una scelta della struttura privata. In tale contesto, non sussiste possibilità alcuna per costringere uno dei contraenti (nella specie, l'Azienda sanitaria) ad impegnare somme superiori rispetto alle risorse disponibili. L'unico rimedio a disposizione della struttura privata accreditata al cui titolare (che ha piena autonomia di gestione) compete di provvedere alla copertura di eventuali perdite - è che essa, a differenza delle strutture pubbliche, non ha l'obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti se non nel quadro di un accordo contrattuale con l'Azienda sanitaria ed entro il limite di spesa da questo contemplato (ex pluribus Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater) sentenza n. 10624/2018);
- le esigenze di tutela delle finanze pubbliche si riversano nel principio di diritto comune del cosiddetto "arricchimento imposto", potendo dunque la pubblica amministrazione eccepire e provare che l'indennizzo non è dovuto laddove l'arricchito ha rifiutato l'arricchimento ovvero non ha potuto rifiutare perché inconsapevole dell'*eventum utilitatis* (Cass. sez. 1, 27 giugno 2017 n. 15937; Cass. Sez. 3, 24 aprile 2019, n. 11209);
- la sospensione dell'accreditamento è una conseguenza automatica della mancata stipula degli accordi con le Aziende sanitarie, che segue *ex lege* ad essa, senza che alcuna valutazione discrezionale sia riservata all'Amministrazione, in quanto, nel sistema dell'accreditamento delle strutture sanitarie private l'assenza della sottoscrizione degli accordi di cui all'art. 8 *quinquies* del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, a prescindere dall'imputabilità del mancato accordo all'una o all'altra parte, comporta che l'attività sanitaria non può essere esercitata per conto e a carico del Servizio sanitario

regionale (cfr. Consiglio di Stato, sez. 111, 4 maggio 2012 n. 2561), T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. I, 24 gennaio 2013 n. 72);

CONSIDERATO che, in tale quadro normativo, spetta al Commissario ad acta provvedere, con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il Fondo Sanitario Regionale e di distribuire dette risorse per singola ASP nonché di provvedere alla determinazione dei tetti annuali delle prestazioni, assicurando l'equilibrio complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e finanziario;

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

DATO ATTO che con nota n. 411857 del 14.12.2020 il Commissario ad acta, nelle more della definizione dei tetti di spesa 2021 per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, ha disposto che le strutture private già contrattualizzate per l'anno 2020, possono, transitoriamente e a decorrere dal 1 gennaio 2021, continuare ad espletare le proprie attività.

DATO ATTO che con nota n. 414260 del 16.12.2020, il Dirigente del Settore n. 6 del Dipartimento Regionale Tutela della Salute, incaricato dal Dirigente Generale con nota del 16.12.2020, n. 415778, ha convocato le associazioni di categoria per il 17 dicembre 2020 al fine di acquisire le necessità dei loro associati in ordine all'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2021;

VISTE le risultanze dell'incontro di cui al capoverso precedente, nonché le proposte scritte che risultano pervenute al Dipartimento Tutela della Salute da parte delle stesse e custodite in atti;

CONSIDERATO che:

- l'articolazione e l'analisi del fabbisogno assistenziale nei vari *setting* nasce da una approfondita verifica della realtà sanitaria e sociosanitaria territoriale derivante anche dal coinvolgimento attivo, nella fase istruttoria del presente atto, delle ASP in quanto committenti delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- al fine di acquisire ogni elemento informativo utile alla definizione dei limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza territoriale da privato accreditato per l'anno 2021, con nota del Dipartimento Regionale Tutela della Salute n. 61267/SIAR del 10.02.2021 sono state richieste a ciascuna ASP specifiche proposte relative al fabbisogno aziendale per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2021;
- l'ASP di Cosenza ha riscontrato con propria valutazione e proposta del 10 marzo 2021 n. 0033853, l'ASP di Crotone ha riscontrato con propria valutazione e proposta del 18 febbraio 2021 n. 0007252 e modifica ed integrazione del 16 marzo 2021, n. 0011010, l'ASP di Catanzaro ha riscontrato con propria valutazione e proposta 16 febbraio 2021 n. 0023163 e pec di precisazione del 16 marzo 2021, l'ASP di Vibo Valentia ha riscontrato con propria valutazione e proposta del 16 febbraio 2021 n. 10617, l'ASP di Reggio Calabria ha riscontrato con propria valutazione e proposta del 18 marzo 2021 n.17456;
- il limite massimo di spesa per l'acquisto delle prestazioni di cui trattasi è definito nell'ambito dello stanziamento previsto nel P.O. 2019-2021 che per l'anno 2021 è fissato in complessivi € 66.754.000,00;
- che le stesse proposte trasmesse dalle ASP sono state oggetto di specifica valutazione in ordine sia ai fabbisogni assistenziali da garantire all'utenza in coerenza con gli atti di programmazione regionale, sia in ordine alla compatibilità economica con le risorse finanziarie definite dal Programma Operativo 2019-2021 approvato con il DCA n. 57 del 26 febbraio 2020 per come integrato e rettificato dal DCA n. 107 del 7.8.2020;

VISTA la sentenza del TAR Calabria che conferma la legittimità della scelta operata dal Commissario ad acta di discostarsi eventualmente *“dalle proposte avanzate dalle singole ASP, in quanto le stringenti necessità di economia di spesa consentono all'organo commissariale di disattendere le richieste delle singole aziende sanitarie”* (TAR Calabria 1064/2020 e TAR Catanzaro, sez. I, 16.05.2016, n. 1040);

VISTE le sentenze del Consiglio di Stato in merito al DCA n. 172/2018 (Cons. St., sez. III, 11 novembre 2020, n. 06931, n. 06933 e, n. 06936) che affermano, tra l'altro, l'illegittimità dell'inclusione nel tetto di spesa della specialistica ambulatoriale delle prestazioni di APA-PAC, già finanziate per la quota parte di prestazioni erogate dalla rete della ospedalità privata accreditata nei limiti del tetto per le attività ospedaliere;

DATO ATTO che il Programma Operativo 2019-2021, approvato con il DCA n. 57 del 26.02.2020, integrato e rettificato con il DCA n. 107 del 7.8.2020, ha fissato in complessivi € 64.754.000,00 le risorse per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato per l'anno 2021;

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

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

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

RITENUTO pertanto, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni del Programma Operativo 2019/2021 di fissare per l'anno 2021 in complessivi € 66.754.000,00 il limite massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata, con oneri a carico del SSR, per come di seguito ripartito per ciascuna ASP:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE		Tetto Massimo di Spesa anno 2021	
20 1	ASP COSENZA	€	22.818.233
20 2	ASP CROTONE	€	9.452.584
20 3	ASP CATANZARO	€	5.634.359
20 4	ASP VIBO VALENTIA	€	4.181.235
20 5	ASP REGGIO CALABRIA	€	24.667.590
	TOTALE REGIONE	€	66.754.000

PRECISATO che:

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

VISTO l'art. 13 della legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2018;

DATO ATTO che i limiti massimi di finanziamento di ciascuna struttura privata accreditata, in coerenza con la tipologia e i volumi di acquisto delle prestazioni appropriate, saranno fissati da ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale in coerenza con gli specifici piani di acquisto di prestazioni sanitarie della rete assistenziale di specialistica ambulatoriale definiti dalle stesse ASP in coerenza con quanto stabilito nel presente atto;

RITENUTO di confermare il modello contrattuale per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, da sottoscrivere tra Commissari Straordinari delle ASP ed Erogatori privati accreditati, già approvato con DCA n. 179 del 12.12.2019 e di cui all'allegato B del medesimo DCA, da aggiornare con i dati relativi all'annualità 2021 a cura delle ASP;

RITENUTO, inoltre, la necessità di allegare al suddetto schema di contratto il file (Allegato 1 del DCA n. 179 del 12.12.2019) contenente il flusso informativo relativo alle Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA);

VISTA la sentenza n. 1064/2020 con la quale il TAR Calabria, in particolare, ha statuito illegittima la mancata previsione della clausola di proroga dei contratti sottoscritti, sia pur con le garanzie per la finanza pubblica;

RILEVATA, pertanto, la necessità di prevedere nel contratto 2021 che: “il contratto è espressamente prorogabile, al fine di garantire la continuità assistenziale, fino alla definizione del nuovo piano dei fabbisogni e alla eventuale riproposizione del relativo contratto”;

RITENUTO di fissare la data del 31.03.2021 quale termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP e Struttura erogatrice per l'anno 2021;

STABILITO che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, in mancanza di titolo contrattuale, dal 01.04.2021 cesserà la remunerazione delle prestazioni a carico del SSR e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1 *quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

CONSIDERATO che l'adozione del presente atto riveste carattere di urgenza stante la necessità di definire il tetto massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2021, conseguentemente, procedere in tempi rapidi alla stipula dei contratti con le strutture private accreditate;

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, prefetto Guido Nicolò Longo

DECRETA

DI RITENERE qui integralmente riportato quanto in premessa, tanto da costituire parte integrante, inscindibile e sostanziale dell'odierno DCA;

DI DEFINIRE, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni del Programma Operativo 2019/2021, il livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata in complessivi € 66.754.000,00, per come di seguito ripartito per ciascuna ASP:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE		Tetto Massimo di Spesa anno 2021	
20 1	ASP COSENZA	€	22.818.233
20 2	ASP CROTONE	€	9.452.584
20 3	ASP CATANZARO	€	5.634.359
20 4	ASP VIBO VALENTIA	€	4.181.235
20 5	ASP REGGIO CALABRIA	€	24.667.590
	TOTALE REGIONE	€	66.754.000

DI PRECISARE che i limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata sono definiti in coerenza con gli atti di programmazione regionale vigenti ed in coerenza con il Programma Operativo 2019-2021 approvato con DCA n. 57 del 26.02.2020 per come integrato e rettificato dal DCA n. 107 del 7.8.2020;

DI CONFERMARE per la definizione dei tetti per i singoli erogatori, da effettuarsi a cura delle Aziende Sanitarie Provinciali, i criteri già stabiliti dal DCA n. 179 del 12.12.2019, ed in particolare:

- predisposizione di specifico piano di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con indicazione di volumi e branche specialistiche delle singole strutture erogatrici private accreditate e del limite massimo di finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno in corso;
- priorità e uniformità in ciascun territorio aziendale nell'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le branche per le quali è stata considerata coerente e necessaria una un'azione di potenziamento specificamente finalizzata all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali si registrano ancora tempi di attesa significativamente rilevanti, con particolare riferimento a prestazioni di radioterapia oncologica e di diagnostica per immagini quali TAC, RMN ed ECOGRAFIA;
- obbligo per le ASP di prevedere nei piani di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica dalle strutture private accreditate il rispetto dei limiti massimi di finanziamento complessivo e di quello specifico per ciascun gruppo di tipologia di prestazioni specialistiche nei limiti massimi stabiliti dal presente provvedimento, tenuto conto delle integrazioni per come sopra indicato;

- obbligo per le strutture pubbliche e private di trasferimento e gestione delle agende di prenotazione necessarie ai Centri Unici di Prenotazione per il governo delle liste d'attesa;
- verifiche sui volumi, tipologia delle e requisiti previsti per le attività, alla luce di quanto previsto in tema di reti di laboratorio;

DI CONFERMARE lo schema di contratto di cui all'Allegato B del DCA n. 179 del 12.12.2019 per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata da sottoscrivere tra i Commissari Straordinari delle ASP e gli Erogatori privati accreditati, da aggiornare con i dati relativi all'annualità 2021 a cura delle ASP;

DI CONFERMARE nello schema di contratto di cui al citato Allegato B del DCA n. 179 del 12.12.2019 contratto il file (Allegato 1 del DCA n. 179 del 12.12.2019) contenente il flusso informativo relativo alle Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA);

DI DARE MANDATO alle ASP di inserire nei contratti la seguente previsione: "il contratto è espressamente prorogabile, al fine di garantire la continuità assistenziale, fino alla definizione del nuovo piano dei fabbisogni e alla eventuale riproposizione del relativo contratto";

DI STABILIRE che la tipologia delle prestazioni da rendere da parte di ciascuna struttura privata è quella prevista dagli atti di autorizzazione e accreditamento;

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

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

DI FISSARE la data del 31 marzo 2021 quale termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP e Struttura erogatrice per l'anno 2021;

DI DARE MANDATO ai Commissari Straordinari delle ASP:

- di sottoscrivere i contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento, secondo lo schema contrattuale approvato con il presente provvedimento;
- di sottoscrivere i contratti entro e non oltre la data del 31 marzo 2021;
- di inviare immediatamente alla Struttura Commissariale e al Dipartimento Regionale Tutela della Salute la comunicazione della sottoscrizione ovvero della rinuncia alla sottoscrizione del contratto da parte dell'erogatore ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accREDITAMENTO ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, D.Lgs.n.502/92 e s.m.i.;
- di pubblicare sul proprio sito web istituzionale, ai sensi dell'art. 41, comma 4, del Decreto legislativo 14/03/2013, n. 33, i contratti stipulati con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento;

DI STABILIRE che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., in mancanza di titolo contrattuale, dal 01/04/2021 cesserà la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica erogate e si applicherà la sospensione del rapporto di accREDITAMENTO, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi

dell'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1 *quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008;

DI PRECISARE che i limiti massimi di spesa per l'anno 2021 definiti con il presente provvedimento per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata devono comunque assorbire la produzione appropriata erogata a partire dalla data del 01 gennaio 2021, per come già stabilito con nota del Commissario ad Acta del 14.12.2020, n. 411857;

DI FARE OBBLIGO:

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

DI PRECISARE:

- che le prestazioni di cui trattasi potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate e accreditate e che abbiano sottoscritto il contratto di cui all'art. 8 *quinquies* del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- che i Commissari delle ASP dovranno sottoscrivere gli accordi contrattuali ex art. 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i con gli Erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento, secondo lo schema contrattuale approvato con DCA n. 179 del 12.12.2019;
- che le strutture sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;
- che il volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa stabilito con il presente atto deve essere distinto per tipologia assistenziale;

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie il presente provvedimento per la notifica ai soggetti interessati;

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

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

Il Commissario *ad acta*
f.to prefetto Guido Nicolò Longo

Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari

Settore n. 6 “Programmazione dell’offerta ospedaliera e Sistema dell’emergenza-urgenza”

L’estensore

f.to Dott.ssa Liliana Rizzo

Il Dirigente del Settore

f.to Dott. Giacomino Brancati

Il Dirigente Generale vicario

f.to Dott. Giacomino Brancati