



GIUNTA REGIONALE

Seduta del **- 4 DIC. 2017** Deliberazione N. **731**

L'anno il giorno del mese di **- 4 DIC. 2017**.....

negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal Sig. Presidente **Dott. Luciano D'ALFONSO**.....

con l'intervento dei componenti:

	P	A
1. LOLLI Giovanni	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. DI MATTEO Donato	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. GEROSOLIMO Andrea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. PAOLUCCI Silvio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PEPE Dino	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SCLOCCO Marinella	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svolge le funzioni di Segretario **Fabrizio Bernardini**.....

OGGETTO

DGR n. 305 del 15.06.2017 recante "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2017 - Approvazione Schema contrattuale e tetti di spesa stabilimenti FKT, Studi di Radiologia, Case di Cura, Studi Medici - Branche a Visita". Osservazioni presentate dagli erogatori privati - Provvedimenti

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421;

VISTA la Deliberazione G.R. n. 305 del 15.06.2017 recante "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2017 - Approvazione Schema contrattuale e tetti di spesa stabilimenti FKT, Studi di Radiologia, Case di Cura, Studi Medici - Branche a Visita", con la quale, per l'annualità 2017 sono stati approvati i tetti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato nelle tipologie stabilimenti FKT, Studi di Radiologia, Case di Cura, Studi Medici - Branche a Visita e lo schema contrattuale da sottoporre alla sottoscrizione degli erogatori privati accreditati;

CONSIDERATO che nel suindicato provvedimento agli erogatori privati accreditati ammessi alla contrattazione è consentito, entro gg. 10 dalla notifica dello stesso a mezzo pec, presentare osservazioni sullo schema di contratto proposto;

ATTESO che risultano pervenute entro il termine suddetto le osservazioni delle strutture e delle associazioni di seguito elencate:

- FISIOTER – nota del 21.07.2017 acclarata al Prot. n. RA/0196212/17 del 24.07.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- CASA DI CURA PRIVATA PIERANGELI – nota del 21.07.2017, acclarata al Prot. n. /RA 0198116/17 del 25.07.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- CASA DI CURA PRIVATA SPATOCCO – nota del 21.07.2017, acclarata al Prot. n. RA 0198127/17 del 25.07.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- VILLA SERENA – nota del 22.07.2017, acclarata al Prot. n. RA/0197780/17 del 25.07.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- CASA DI CURA PRIVATA SANTA CAMILLA Spa del 22.07.2017, acclarata al Prot. n. RA/0198026/17 del 25.07.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- ASSOCIAZIONE OPERA S. MARIA DELLA PACE - CASA DI CURA PRIVATA "L'IMMACOLATA" – nota del 21.07.2017, acclarata al Prot. n. RA/0196120/17 del 24.07.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- CASA DI CURA PRIVATA DI LORENZO Spa – nota del 13.07.2017, acclarata al Prot. n. RA/0178067/17 del 28.06.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare
- GRUPPO RADIOSANIT – nota del 24.07.2017, acclarata al Prot. n. RA/0198149/17 del 25.07.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare;
- FEDERANISAP ABRUZZO – nota del 09.08.2017, acclarata al Prot. n. RA/0213310/17 del 10.08.2017 del Dipartimento per la Salute e il Welfare;

PRECISATO che l'ASSOCIAZIONE OPERA S. MARIA DELLA PACE - CASA DI CURA PRIVATA "L'IMMACOLATA" ha di propria iniziativa modificato e poi trasmesso a mezzo pec del 13.09.2017, Prot. n. RA/0237725/17 del 14.09.2017, l'accordo contrattuale, nell'erroneo intento di vedere accolte le proprie osservazioni;

CONSIDERATO che

- spetta alla Giunta Regionale determinarsi, con provvedimento proprio, in merito all'accoglimento o rigetto delle osservazioni inviate, modificando eventualmente lo schema contrattuale;
- il contratto che presenta modifiche, introdotte unilateralmente dagli erogatori, non approvate con provvedimento della Giunta Regionale, è considerato irricevibile e privo di effetti; tanto anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1326 CC;

RITENUTO di riscontrare le osservazioni, richiamando le disposizioni di cui alla DGR n. 305/2017 in merito alla tardività nella presentazione delle osservazioni;

CONSIDERATO che sulle osservazioni relative ai punti dell'articolato si dà contestualmente riscontro nel presente provvedimento, per gli aspetti maggiormente rilevanti, come di seguito:

Art. 7 c. 4 della L.R. 32/2007 e ss. mm. e ii.

L'applicazione è cogente ed è stabilita in funzione della corretta esecuzione dell'accordo contrattuale, non spetta d'altra parte all'erogatore privato, seppure accreditato, la determinazione dei tetti massimi di spesa, complessivi e per struttura. La Deliberazione GR n. 305/2017 che, come detto, individua il limite massimo di spesa sostenibile dal fondo sanitario regionale, non può riequilibrare eventuali sperequazioni territoriali né mira a farlo; queste se rilevate sono corrette mediante atti di programmazione.

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;

Allegato B alla DGR 305/2017 "Schema Accordo Contrattuale"

Premesse all'accordo contrattuale

Eliminazione del quarto capoverso

"Con Decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 16/11/2011, "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate", come successivamente modificato ed integrato con i Decreti Commissariali n. 63 del 07/12/2011 e n. 9 del 12/03/2012, sono state approvate le soglie di ammissibilità calcolate per lo specifico DRG unitamente ai disciplinari tecnici per i DRG medici e DRG chirurgici trasferiti in regime ambulatoriale, di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010 - 2012 (Intesa Rep. N. 243 del 3/12/2009), e stabiliti criteri per la verifica dell'appropriatezza delle relative prestazioni".



art. 3 "Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa" - 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 dichiara di accettare "in acconto il budget provvisorio".

Il contratto, nello schema approvato con la DGR n. 305/2017, 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.

Non può, di conseguenza, riconoscersi né remunerarsi in alcun modo e ad alcun titolo la produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa, che pertanto viene considerata inesigibile.

Inoltre il tetto di spesa 2017 e la ripartizione delle risorse su base storica, pur se criterio inefficiente non può considerarsi illegittimo, in assenza di regole che consentano di ripartire dette risorse secondo il principio del fabbisogno, che consideri l'evoluzione delle necessità assistenziali (cfr. TAR Abruzzo 343/2016 ed ex multis TAR Abruzzo 587/2015, Cons. di Stato 108/2014).

La previsione delle prenotazioni tramite Cup è un obbligo derivante dall'attuazione di normative nazionali recepite dalla Regione Abruzzo - DGR n. 575/2011 successivamente integrata dalla DGR 662/2011 di approvazione del piano regionale di governo delle liste d'attesa.

Il sistema Cup consente di integrare in maniera ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata, consentendo di governare le prestazioni, in via prioritaria quelle caratterizzate da elevati tempi d'attesa e d'altra parte non è presente in alcuna parte del contratto la disposizione che vincola la remunerazione alla mancata prenotazione tramite Cup, almeno fino a quando la prenotabilità a mezzo Cup aziendale non entrerà a regime.

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

art. 5 "Criteri di ripartizione della spesa preventivata" - Oscillabilità eccezionale tra il 10% ed il 30%

Si richiama l'attenzione sull'art. 5 "Criteri di ripartizione della spesa preventivata" della DGR n. 305/2016 nella parte in cui si stabilisce "Per motivate esigenze, comunque segnalate e autorizzate dalla ASL di afferenza territoriale delle singole strutture, può essere riconosciuta una occasionale ed eccezionale oscillabilità, compresa tra il 10% ed il 30% a condizione che ciò non comporti l'erosione anticipata del tetto massimo annuale assegnato".

Per l'operatività dell'oscillabilità compresa tra il 10% e il 30% si esclude che possa essere invocata o comunque valere un'autorizzazione implicita da parte della ASL di competenza, in assenza di motivate esigenze, segnalate e specificamente autorizzate.

Si conferma la misura dell'oscillabilità al 10%, già presente nella contrattazione precedente, che si conforma alle indicazioni formulate con apposito parere dal Tavolo di monitoraggio;

art. 6 "Modalità di accesso ed 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", poichè 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 che hanno rifiutato correttamente le ricette irregolari;

art. 7 "Obblighi dell'erogatore" - 8 "Ulteriori obblighi dell'Erogatore privato" - art. 9 "Personale dell'Erogatore e requisiti di compatibilità" - art. 10 "Obblighi informativi dell'Erogatore privato"

Con riguardo al complesso degli obblighi in capo all'erogatore privato si conferma quanto previsto nelle disposizioni su elencate.

In particolare va precisato che il riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico, art. 7 e art. 8 dello schema di accordo negoziale, si giustifica per il fatto che l'erogatore privato, ha l'obbligo alla conservazione di tutta la documentazione sanitaria e amministrativa di ciascun assistito, in ossequio alle disposizioni in materia di privacy e tutela dei dati personali e sanitari - D.lgs n. 196/2003.

In tal senso l'erogatore privato è obbligato al trattamento dei dati personali e sanitari che confluiscono nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Ugualmente è tenuto a garantire - art. 9 c. 2 - l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti che non sia in condizione di incompatibilità ai sensi della L. n. 662/96 e art. 53 c. 16 del D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm. e



li, oltre che a rispettare le disposizioni che prevedono la comunicazione delle informazioni stabilite dalle normative nazionali e regionali – Flussi NSISS e Flussi ex art. 50 D.L. n. 269/2003;

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;

art. 12 "Modalità di fatturazione"

si ritiene di procedere, in accoglimento delle osservazioni, alla modifica del c. 7 del schema di contratto come di seguito riportato:

Prima delle liquidazioni la ASL 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.243/2004 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 "Tariffe"

Le tariffe di riferimento sono quelle vigenti al momento dell'esecuzione del contratto, in relazione alle quali viene determinato sul volume delle prestazioni il corrispondente fatturato.

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;

art. 20 "Clausola di salvaguardia"

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.

La formulazione attuale risponde integralmente alle osservazioni dei Ministeri affiancanti;

PRECISATO, con riguardo alle osservazioni presentate dagli erogatori su elencati, di modificare lo schema contrattuale, approvato con DGR n. 305/2017, limitatamente a:

• **Premesse dell'accordo contrattuale - Eliminazione del quarto capoverso**

"Con Decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 16/11/2011, "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate", come successivamente modificato ed integrato con i Decreti Commissariali n. 63 del 07/12/2011 e n. 8 del 12/03/2012, sono state approvate le soglie di ammissibilità calcolate per lo specifico DRG unitamente ai disciplinari tecnici per i DRG medici e DRG chirurgici trasferiti in regime ambulatoriale, di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010 - 2012 (Intesa Rep. N. 243 del 3/12/2009), e stabiliti criteri per la verifica dell'appropriatezza delle relative prestazioni".

• **Modifica del c. 7 dell'art. 12 "Modalità di fatturazione"**

"Prima delle liquidazioni la ASL 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.243/2004 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".

CONSIDERATO che le anzidette modifiche non incidono in maniera sostanziale sul sottoscrivendo accordo e rappresentano solo delle correzioni per refusi del testo approvato con Deliberazione GR n. 305/2017;

RITENUTO di considerare valido ed efficace il contratto sottoscritto dagli erogatori privati che vi abbiano già provveduto nella forma approvata con DGR n. 305/2017, integrato dalla proposta contenente le parti modificate (Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che verrà inoltrata ai medesimi per la conseguente accettazione;

RITENUTO di confermare, per le parti non modificate, il contenuto della DGR 305/2017 e dei suoi allegati che non risulta incompatibile con il presente provvedimento;

PRECISATO, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, che non potranno essere da questi erogate a nessun titolo prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della mancata stipula del suddetto accordo contrattuale e che – contestualmente – verrà data formale comunicazione, ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., di 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.;

CONSIDERATO che i tempi per la formale adozione e trasmissione del presente atto impongono di stabilire, per le strutture che hanno presentato le osservazioni riscontrate con il presente provvedimento, un nuovo termine per la sottoscrizione che viene pertanto fissato in 7 giorni dalla notifica del presente provvedimento;

PRECISATO che gli erogatori privati possono comunque procedere alla firma dell'accordo negoziale a decorrere dal giorno successivo al ricevimento del presente atto;

PRECISATO altresì che nei confronti degli erogatori che non provvederanno a sottoscrivere il contratto proposto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8 *quinquies* c. 2 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e ss. mm e ii.;

ATTESO che il presente provvedimento non comporta obbligazioni finanziarie a carico del bilancio regionale;

RICHIAMATA la Deliberazione GR n. 570/P del 23.06.2008, con la quale sono state ripartite le funzioni e le responsabilità tra la Regione e ASL in materia di definizione degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 32/2007 e ss. mm. e ii.;

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, che stabilisce che dalla data di cessazione del mandato commissariale Regione Abruzzo rientri 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*;

ACQUISITI i pareri di cui alla Legge 77/95 e ss.mm. e ii.;

A VOTI UNANIMI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

DELIBERA

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

1. di confermare, per quanto non altrimenti previsto e modificato nel presente provvedimento, il contenuto della DGR 305/2017 e dei suoi allegati;
2. di modificare e integrare, con riguardo alle osservazioni presentate, lo schema contrattuale, approvato con DGR n. 305/2017, limitatamente a:
 - **Premesse dell'accordo contrattuale - Eliminazione del quarto capoverso**
"Con Decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 16/11/2011, "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate", come successivamente modificato ed integrato con i Decreti Commissariali n. 63 del 07/12/2011 e n. 8 del 12/03/2012, sono state approvate le soglie di ammissibilità calcolate per lo specifico DRG unitamente ai disciplinari tecnici per i DRG medici e DRG chirurgici trasferiti in regime ambulatoriale, di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010 – 2012 (Intesa Rep. N. 243 del 3/12/2009), e stabiliti criteri per la verifica dell'appropriatezza delle relative prestazioni".
 - **Modifica del c. 7 dell'art. 12 "Modalità di fatturazione"**
"Prima delle liquidazioni la ASL 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.243/2004 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".

3. di precisare che le anzidette modifiche non incidono in maniera sostanziale sul sottoscrivendo accordo e rappresentano solo delle correzioni per refusi presenti nel testo approvato con Deliberazione GR n. 305/2017;

4. di considerare valido ed efficace il contratto sottoscritto dagli erogatori privati che vi abbiano già provveduto nella forma approvata con DGR n. 305/2017, integrato dalla proposta contenente le parti modificate (Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che verrà inoltrata ai medesimi per la conseguente accettazione;

5. di precisare, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, che non potranno essere da questi erogate a nessun titolo prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della mancata stipula del suddetto accordo contrattuale e che - contestualmente - verrà data formale comunicazione, ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., di 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.;

6. di stabilire per le strutture che hanno presentato le osservazioni riscontrate con il presente provvedimento, un nuovo termine per la sottoscrizione che viene pertanto fissato in 7 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dati i tempi per la formale adozione e trasmissione del presente atto;

7. di precisare che gli erogatori privati possono comunque procedere alla firma dell'accordo negoziale a decorrere dal giorno successivo al ricevimento del presente atto;

8. di dare atto che il presente provvedimento non comporta obbligazioni finanziarie a carico del bilancio regionale, per le quali odiernamente se ne attesta l'insussistenza;

9. di notificare il presente provvedimento alle Direzioni Generali delle Aziende USL e alle strutture accreditate;

10. di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome 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 per i successivi adempimenti;

11. di trasmettere il presente provvedimento al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.T) ed al sito istituzionale dell'Ente per la relativa pubblicazione.



DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

SERVIZIO: Contratti Erogatori Privati

UFFICIO: Contratti e tetti erogatori privati della rete territoriale riabilitativa ex art.26, protesica e termale e specialistica ambulatoriale

L'Estensore
Dott.ssa Maddalena Tabasso

(firma)

Il Responsabile dell'Ufficio
Dott.ssa Maddalena Tabasso

(firma)

Il Dirigente del Servizio
Vacante

(firma)

Il Direttore Regionale
Dott. Angelo MURAGLIA

(firma)

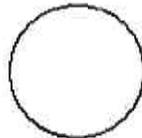
Il Componente la Giunta
Dott. Silvio PAOLUCCI

(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Segretario della Giunta
[Firma]

(firma)

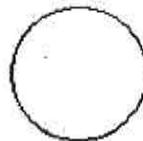


Il Presidente della Giunta
[Firma]

(firma)

Copia conforme per uso amministrativo

L'Aquila, li _____



Il Dirigente del Servizio Affari della Giunta

(firma)



ALLEGATO A

**MODIFICHE E INTEGRAZIONI ALLO SCHEMA DI CONTRATTO
(ALLEGATO 2) ALLA DELIBERAZIONE G.R. N. 305/2017**

NELLE PREMESSE DELL'ACCORDO CONTRATTUALE PRIMA DELL'ARTICOLATO

→ Eliminazione del quarto capoverso

"Con Decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 16/11/2011, "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate", come successivamente modificato ed integrato con i Decreti Commissariali n. 63 del 07/12/2011 e n. 8 del 12/03/2012, sono state approvate le soglie di ammissibilità calcolate per lo specifico DRG unitamente ai disciplinari tecnici per i DRG medici e DRG chirurgici trasferiti in regime ambulatoriale, di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010 - 2012 (Intesa Rep. N. 243 del 3/12/2009), e stabiliti criteri per la verifica dell'appropriatezza delle relative prestazioni".

NELL'ARTICOLATO:

→ Modifica del comma 7 dell'art. 12 "Modalità di fatturazione"

"Prima delle liquidazioni la ASL 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.243/2004 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".

ALLEGATO come parte integrante alla del-
berazione n. **731** del **4 DIC. 2017**

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Fabrizio Bernardini

LUCIANO BADIA

