



CRIMINALE

GIUNTA REGIONALE

Seduta in data **29 GIU. 2018** Deliberazione N. **461**

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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. BERARDINETTI Lorenzo | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. D'IGNAZIO Giorgio | <input checked="" type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Svolge le funzioni di Segretario **Daniela Valenza**

OGGETTO

DGR N.101 DEL 22.02.2018 RECANTE "AVVIO DELLA NEGOZIAZIONE CON GLI EROGATORI PRIVATI TITOLARI DI ACCREDITAMENTO PRE-DEFINITIVO PER RSA, RP, PSICO-RIABILITAZIONE E PRESTAZIONI RIABILITATIVE". 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";

RICHIAMATA la D.G.R. n 101 del 22.02.2018 recante "Avvio della negoziazione con gli erogatori privati titolari di accreditamento pre-definitivo per RSA, RP, psico-riabilitazione e prestazioni riabilitative", con la quale, per l'annualità 2018 sono stati approvati il documento tecnico istruttorio illustrativo della metodologia seguita nella determinazione dei tetti di spesa e delle motivazioni inerenti lo scostamento dal valore programmatico 2018 previsto dal DCA 55/2016, definiti i tetti massimi per setting e per struttura per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato nelle tipologie su indicate 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 presentare osservazioni sullo schema di contratto proposto;

ATTESO che risultano pervenute le osservazioni delle strutture e delle associazioni di cui all'elenco allegato al presente atto;

CONSIDERATO che:

- è demandato alla Giunta Regionale, quale organo che ha adottato su proposta della struttura regionale competente le su menzionate linee guida, 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, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1326 CC;

RITENUTO di riscontrare le osservazioni, richiamando le disposizioni di cui alla DGR n. 101/2018 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. 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, 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. 101/2018 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.

→ **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. 101/2018 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%, che si conforma alle indicazioni formulate con apposito parere dal Tavolo di monitoraggio.

→ **da art. 6 ad art. 11**

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

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.

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.

Ad ogni buon conto si riportano, in elenco, i provvedimenti vigenti in materia di tariffe e compartecipazione delle prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78:

- D.G.R. n. 492/2001, D.G.R. n. 671/2002, D.G.R. n. 157/2004 (strutture riabilitative) così come modificate dai Decreti commissariali nn. 91/2014 – 103/2014-104-2014, a loro volta integrati e rettificati con D.C.A. n. 19/2015 e D.C.A. n. 20/2015.

Infine corre l'obbligo rammentare come l'indicizzazione ISTAT delle tariffe per prestazioni sanitarie allo stato non risulti recepito nel diritto positivo e per tali ragioni la proposta di riformulazione non può essere accolta.

→ **art. 17 “Risoluzione del contratto”**

Si evidenzia che la casistica presente 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”**

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 e pertanto si intende confermata.

VISTE, inoltre, le specifiche osservazioni formulate per le prestazioni psico-riabilitative dalla Struttura II Quadrifoglio, in merito alla richiesta rettifica del richiamo normativo contenuto nell'Allegato 2 alla DGR 101/2018 “Tetto di spesa” e ritenuto di poterle accogliere in quanto non incidenti in maniera sostanziale sui contenuti della DGR 101/2018;

RITENUTO che per quanto attiene le osservazioni in ordine a una rideterminazione del tetto di spesa per le strutture RSA *Domus Pacis* e RP *Il Castello* le stesse non possano trovare accoglimento per quanto meglio esplicitato nella DGR 738/2017, laddove, tra l'altro è espressamente precisato che “vengono fatte salve le determinazioni per le successive annualità”;

RITENUTO, altresì, con riguardo alle osservazioni presentate dagli erogatori di cui all'allegato elenco, di modificare lo schema contrattuale, approvato con DGR n. 305/2017, limitatamente all'art 14 nella parte in cui non reca le specifiche inerenti gli atti commissariali e deliberativi che regolamentano la compartecipazione dell'assistito per le prestazioni di lungo-assistenza e mantenimento:



VISTE le osservazioni delle strutture Casa di Cura Privata di Riabilitazione Nova Salus, Prot. n. RA/0078655/18 del 19.03.2018 e Casa di Cura Privata Santa Camilla Prot. n. RA/0087364/18 del 26.03.2018, con le quali, entrambe lamentano l'inadeguatezza nonché l'arbitrarietà nella individuazione del tetto di spesa 2018, variamente argomentando sulla illegittimità della individuazione già dei tetti di spesa del biennio 2016-2017, rispetto ai quali dette strutture non hanno assentito alla sottoscrizione del relativo contratto, anche impugnando il provvedimento relativo innanzi al TAR L'Aquila, tuttora pendenti;

CONFERMATO la correttezza del procedimento regionale, sia per quanto attiene il biennio contrattuale appena trascorso, sul quale non si intende qui controvertere, trattandosi di altro procedimento da tempo concluso, che per quel che riguarda l'annualità corrente DGR n. 101/2018 – Allegato tecnico – in cui espressamente si stabilisce:

- **RITENUTO** conseguentemente, per la corrente annualità, di dover confermare per ciascuna struttura accreditata, nelle more del completamento della riconversione e della definizione della nuova programmazione regionale, l'ammontare dei tetti di spesa già individuati nel biennio 2016-2017 - DCA n. 49/2016 e ss. mm. e ii -, nella misura massima di 59.255.198,40 €/mln, al fine di garantire adeguate prestazioni sia ai pazienti già in carico che a quelli di nuova elezione in lista d'attesa;
- **PRECISATO** che, per il fabbisogno per le prestazioni poste a carico del SSR, nell'area territoriale disabilità/riabilitazione, si faccia riferimento all'ammontare stimato dal DCA n. 55/2016, con recupero dalla voce "Prestazioni soggette a tetto" dovuto a minor consumo rispetto al Programmatico 2017, come segnalato dall'Advisor (Verbale della Riunione del 30 novembre – pag. 11) e dalla voce "Altre prestazioni non soggette a tetto" - tabella/grafico n. 30 "Evoluzione Altre prestazioni non soggette a tetto 2016 – 2018";

CONSIDERATO che le doglianze variamente rappresentate da taluni erogatori circa la unilateralità delle decisioni non trovano riscontro, né sono sostenute dalla valutazione che i rapporti tra Regione e soggetti privati erogatori siano fondati su una concezione interamente pattizia e paritaria di detto rapporto, poiché l'erronea interpretazione a proprio vantaggio si sostanzia in "una sottovalutazione per così dire "sistemica" del moderno diritto dei contratti nei settori dell'economia soggetti a "regolazione" pubblica, in cui - come sottolineato dalla dottrina - alla tradizionale disciplina privatistica si accompagna una disciplina eteronoma dello scambio, cosicché una consistente porzione della disciplina contrattuale è dettata da decisioni pubbliche assoggettate al regime del diritto amministrativo, in una crescente interazione tra fonti amministrative e private, con la conseguenza che è il contratto tra amministrazione e privati ad assumere un contenuto regolatorio" (ex multis Consiglio di Stato n. 321/2018 del 18.01.2018);

PRECISATO con richiamo alla consolidata giurisprudenza, che "In questo contesto evolutivo di carattere generale rientra la riforma 1992 del S.S.N. che ha introdotto un regime di concorrenza "amministrata" tra strutture pubbliche e private, fondato sulla distinzione tra l'attività di programmazione e regolazione (in capo soprattutto a Regioni e ASL, cui compete la definizione dei volumi di prestazioni erogabili) e quella di erogazione svolta dalle strutture pubbliche e private accreditate (queste ultime, previa stipula di appositi contratti con le ASL)";

CONSIDERATO in particolare che nella Sentenza del Consiglio di Stato n. 321/2018 del 18.01.2018 espressamente si recita "6.3. In tale sistema e in base alla vigente normativa, i rapporti tra il Servizio sanitario nazionale e le strutture private accreditate sono regolati (si veda sul punto, per questa Sezione: 3/02/2016, n. 436) secondo uno schema bifasico articolato su:

- una fase, programmatica ed unilaterale, affidata alla Regione;
- 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 (cfr. art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo introdotto dall'art. 8, comma 4, del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229).

6.4. Al riguardo della prima fase, la giurisprudenza di questa Sezione è consolidata (cfr. da ultimo: 3/03/2017, n. 994; nn. 5371 e 1244 del 2016) nel senso che spetta alle Regioni 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).

ATTESO che la medesima giurisprudenza, a supporto del costante orientamento, si sofferma sulla regolamentazione dei rapporti tra SSN ed erogatori privati accreditati, dichiarando in particolare che *“tra siffatte regole, questa Sezione ha già riconosciuto anche la piena legittimità della c.d. clausola di salvaguardia (ovvero: accettazione incondizionata, da parte degli operatori privati, dei tetti di spesa e rinuncia a eventuali impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione) presente in numerosi schemi-tipo di contratto ex art. 8 quinquies, predisposti da diverse Regioni soggette a Piano di rientro”,* poichè 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”* (Sentenze C.S del 1.2.2017 n. 430 e);

CONDIVISO pertanto il principio secondo cui non siano negoziabili i vincoli finanziari imposti dal Piano di rientro - *rectius* per la Regione Abruzzo dal Piano di Riqualificazione DCA 55/2016 e successiva DGR n. 505/2016 – e, come rimarcato dal Consiglio di Stato, nella richiamata, recente pronuncia n. 321 del 18.01.2018, e agli operatori privati *“si pone unicamente l'alternativa se accettare le condizioni derivanti da esigenze programmatiche e finanziarie pubbliche (e dunque il budget assegnato alla propria struttura) onde permanere nel campo della sanità pubblica; ovvero, se collocarsi esclusivamente nel mercato della sanità privata”*;

EVIDENZIATO che, la mancanza di una valida e incondizionata accettazione della clausola di salvaguardia da parte dell'erogatore fa venir meno il suo interesse alla conclusione dell'accordo e, permanendo le riserve manifestate in sede di sottoscrizione del contratto, come confermato dal Consiglio di Stato nel pronunciamento citato, queste *“devono intendersi come non apposte ovvero tamquam non essent”*;

RITENUTO di poter accogliere le osservazioni contenute nella nota Prot. n. 30 del 23.03.2018 del Centro Riabilitativo Polivalente “Primavera, e di integrare pertanto l'art. 6 dello schema contrattuale, come di seguito:

→ **art.6 comma 1** *“L'erogazione è subordinata alla richiesta proveniente dalle Autorità e Servizi socio-sanitari preposti ai sensi della vigente normativa, per quanto concerne le prestazioni ricomprese nei LEA (DPCM 29/11/2001e s.m.i.) erogate a favore di minori vittime di abusi e mal-trattamenti e/o in condizione di disagio psicologico e le loro famiglie.”*;

→ **art.6 comma 2** *“per gli altri casi relativi alle altre prestazioni ricomprese nei LEA, l'autorizzazione/richiesta proviene dalle Autorità e Servizi socio sanitari preposti, ai sensi della vigente normativa.”*;

CONSIDERATO che con nota Prot. n. 66/18/DA del 23.03.2018, allegata, la Fondazione Padre Alberto Mileno ONLUS ha chiesto per l'annualità corrente l'attribuzione del tetto di spesa in misura di € 5.334.088,20, atteso che, per il biennio 2016 -2017, la ASL 2 ha riconosciuto in atti il proprio errore - ben oltre i termini consentiti per correggere i tetti di spesa approvati con DCA n. 49/2016 e ss. mm. e ii.;

RITENUTO in accoglimento delle osservazioni della struttura su indicata, di dover ovviare all'erronea indicazione del tetto di spesa di cui ai provvedimenti succitati, rettificando il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni riabilitative ex art. 26 della Fondazione Padre Alberto Mileno ONLUS, che pertanto è pari ad € 5.334.088,20, come attestato dalla stessa ASL 2 con certificazioni agli atti dell'Ufficio;



PRECISATO che detto importo non determina il ricalcolo dei tetti di spesa previsti per le altre strutture, che vengono così confermati nell'ammontare per ciascuna individuato con DGR n. 101/2018 Allegato I;

CONFERMATO con particolare riguardo alle prestazioni in favore di soggetti con disturbi dello spettro autistico, che le richieste ed istanze, pur legittime, conseguenti all'adozione delle linee di indirizzo regionali – DGR 437/2017 “*Recepimento ed approvazione del documento tecnico disciplina attuativa legge 134/2015 “disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico”. Approvazione delle tabelle sinottiche Ambulatori dedicati per l'autismo, Centri diurni per l'autismo, Nuclei residenziali dedicati per l'autismo in età adulta. Integrazione ed aggiornamento dei manuali di cui alla DGR 1 luglio 2008 n. 591/P e ss.mm e ii. e del DCA 117/2016”*”, non possono al momento trovare accoglimento, poiché non risulta concluso il procedimento di riconversione delle strutture riabilitative ex art. 26 L. 833/78, nè definito per ciascuna il relativo accreditamento, anche per le prestazioni su descritte;

CONSIDERATO che si intendono altresì accolte tutte le modifiche e/o integrazioni che non incidono in maniera sostanziale sul sottoscrivendo accordo – i cui contenuti saranno specificati per singolo erogatore e per singola tipologia, e rappresentano solo delle correzioni per refusi del testo approvato con Deliberazione GR n. 101/2018;

RITENUTO di considerare valido ed efficace il contratto sottoscritto dagli erogatori privati che vi abbiano già provveduto nella forma approvata con DGR n. 101/2018, integrato dalla proposta contenente le parti modificate, che verrà inoltrata ai medesimi per la conseguente accettazione;

PRECISATO che, manifestata la volontà a sottoscrivere il contratto da parte degli erogatori interessati, questo non possa essere validamente sottoscritto in presenza di dichiarata riserva;

RITENUTO di confermare, per le parti non modificate, il contenuto della DGR 101/2018 e dei suoi allegati che non risulta incompatibile con il presente provvedimento;

PRECISATO che il presente atto riviste carattere endo-procedimentale e meramente confermativo dei contenuti e degli indirizzi emanati con la DGR 101/2018, già trasmessa ai Dicasteri affiancanti;

PRECISATO altresì che 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 contrattuale 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.;

RITENUTO opportuno specificare che il presente provvedimento non comporta obbligazioni finanziarie a carico del bilancio regionale;

RICHIAMATO il DCA 10/2010, con il 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 la 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*;

DATO ATTO che;

- 1) Il Dirigente del Servizio/Direttore del Dipartimento competente nella materia trattata nella presente proposta ha espresso il proprio parere favorevole di regolarità tecnico amministrativa sulla base dell'istruttoria effettuata;
- 2) Direttore del Dipartimento, sulla base dell'istruttoria e del parere favorevole di cui al punto a) che precede, ha espresso parere favorevole ritenendo la proposta conforme agli indirizzi, competenze e funzioni assegnate al Dipartimento. “

A VOTI 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 101/2018 e dei suoi allegati;
2. **di dare riscontro** alle seguenti osservazioni relative ai punti dell'articolato per gli aspetti maggiormente rilevanti, come di seguito:

→ **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, 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. 101/2018 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.

→ **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. 101/2018 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%, che si conforma alle indicazioni formulate con apposito parere dal Tavolo di monitoraggio.



→ **da art. 6 ad art. 11**

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

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.

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.

Ad ogni buon conto si riportano, in elenco, i provvedimenti vigenti in materia di tariffe e compartecipazione delle prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78:

- D.G.R. n. 492/2001, D.G.R. n. 671/2002, D.G.R. n. 157/2004 (strutture riabilitative) così come modificate dai Decreti commissariali nn. 91/2014 – 103/2014-104-2014, a loro volta integrati e rettificati con D.C.A. n. 19/2015 e D.C.A. n. 20/2015.

Infine corre l'obbligo rammentare come l'indicizzazione ISTAT delle tariffe per prestazioni sanitarie allo stato non risulti recepito nel diritto positivo e per tali ragioni la proposta di riformulazione non può essere accolta.

→ **art. 17 "Risoluzione del contratto"**

Si evidenzia che la casistica presente 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"**

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 e pertanto si intende confermata.



3. **di accogliere** tutte le modifiche e/o integrazioni che non incidono in maniera sostanziale sul sottoscrivendo accordo – i cui contenuti saranno specificati per singolo erogatore e per singola tipologia, e rappresentano solo delle correzioni per refusi del testo approvato con Deliberazione GR n. 101/2018;
4. **di prendere atto** delle specifiche osservazioni formulate per le prestazioni psico-riabilitative dalla Struttura Il Quadrifoglio, in merito alla richiesta rettifica del richiamo normativo contenuto nell'Allegato 2 alla DGR 101/2018 "Tetto di spesa";
5. **di precisare** che per quanto attiene le osservazioni in ordine a una rideterminazione del tetto di spesa per le strutture RSA *Domus Pacis* e RP "*Il Castello*" le stesse non possano trovare accoglimento per quanto meglio esplicitato nella DGR 738/2017, laddove, tra l'altro è espressamente precisato che "vengono fatte salve le determinazioni per le successive annualità";
6. **di confermare** la correttezza del procedimento regionale, sia per quanto attiene il biennio contrattuale appena trascorso, sul quale non si intende qui controvertere, trattandosi di altro procedimento da tempo concluso, che per quel che riguarda l'annualità corrente DGR n. 101/2018 – Allegato tecnico – in cui espressamente si stabilisce:
- **RITENUTO** conseguentemente, per la corrente annualità, di dover confermare per ciascuna struttura accreditata, nelle more del completamento della riconversione e della definizione della nuova programmazione regionale, l'ammontare dei tetti di spesa già individuati nel biennio 2016-2017 - DCA n. 49/2016 e ss. mm. e ii -, nella misura massima di 59.255.198,40 €/mln, al fine di garantire adeguate prestazioni sia ai pazienti già in carico che a quelli di nuova elezione in lista d'attesa;
 - **PRECISATO** che, per il fabbisogno per le prestazioni poste a carico del SSR, nell'area territoriale disabilità/riabilitazione, si faccia riferimento all'ammontare stimato dal DCA n. 55/2016, con recupero dalla voce "Prestazioni soggette a tetto" dovuto a minor consumo rispetto al Programmatico 2017, come segnalato dall'Advisor (Verbale della Riunione del 30 novembre – pag. 11) e dalla voce "Altre prestazioni non soggette a tetto" - tabella/grafico n. 30 "Evoluzione Altre prestazioni non soggette a tetto 2016 – 2018";
7. **di ribadire** che le doglianze delle strutture Casa di Cura Privata di Riabilitazione Nova Salus, Prot. n. RA/ 0078655/18 del 19.03.2018 e Casa di Cura Privata Santa Camilla Prot. n. RA/ 0087364/18 del 26.03.2018 sulla unilateralità delle decisioni, apparentemente imposte dalla Regione, non trovano riscontro, né sono sostenute dalla valutazione che i rapporti tra Regione e soggetti privati erogatori siano fondati su una concezione interamente pattizia e paritaria di detto rapporto, poiché l'erronea interpretazione a proprio vantaggio si sostanzia in "una sottovalutazione per così dire "sistemica" del moderno diritto dei contratti nei settori dell'economia soggetti a "regolazione" pubblica, in cui - come sottolineato dalla dottrina - alla tradizionale disciplina privatistica si accompagna una disciplina eteronoma dello scambio, cosicché una consistente porzione della disciplina contrattuale è dettata da decisioni pubbliche assoggettate al regime del diritto amministrativo, in una crescente interazione tra fonti amministrative e private, con la conseguenza che è il contratto tra amministrazione e privati ad assumere un contenuto regolatorio" (ex multis Consiglio di Stato n. 321/2018 del 18.01.2018);
8. **di richiamare** integralmente le valutazioni formulate nella Sentenza del Consiglio di Stato n. 321/2018 del 18.01.2018 nella quale espressamente si recita "6.3. In tale sistema e in base alla vigente normativa, i rapporti tra il Servizio sanitario nazionale e le strutture private accreditate sono regolati (si veda sul punto, per questa Sezione: 3/02/2016, n. 436) secondo uno schema bifasico articolato su:
- una fase, programmatica ed unilaterale, affidata alla Regione;
 - 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 (cfr. art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo introdotto dall'art. 8, comma 4, del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229).
- 6.4. Al riguardo della prima fase, la giurisprudenza di questa Sezione è consolidata (cfr. da ultimo: 3/03/2017, n. 994; nn. 5371 e 1244 del 2016) nel senso che spetta alle Regioni 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).

6.5. Il peso di tale finalità si accentua, poi, nelle Regioni (come il Piemonte) che devono ulteriormente assicurare il rispetto di un concordato Piano di rientro finanziario.”

9. **di ribadire** che, in conformità alla medesima giurisprudenza, per la regolamentazione dei rapporti tra SSN ed erogatori privati accreditati, si riconosce *“la piena legittimità della c.d. clausola di salvaguardia (ovvero: accettazione incondizionata, da parte degli operatori privati, dei tetti di spesa e rinuncia a eventuali impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione) presente in numerosi schemi-tipo di contratto ex art. 8 quinquies, predisposti da diverse Regioni soggette a Piano di rientro”,* poichè 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”* (Sentenze C.S del 1.2.2017 n. 430 e);
10. **di condividere** pertanto 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, come rimarcato dal Consiglio di Stato, nella richiamata, recente pronuncia n. 321 del 18.01.2018, e agli operatori privati *“si pone unicamente l'alternativa se accettare le condizioni derivanti da esigenze programatorie e finanziarie pubbliche (e dunque il budget assegnato alla propria struttura) onde permanere nel campo della sanità pubblica; ovvero, se collocarsi esclusivamente nel mercato della sanità privata”*;
11. **di evidenziare** che, la mancanza di una valida e incondizionata accettazione della clausola di salvaguardia da parte dell'erogatore fa venir meno il suo interesse alla conclusione dell'accordo e, permanendo le riserve manifestate in sede di sottoscrizione del contratto, come confermato dal Consiglio di Stato nel pronunciamento citato, queste *“devono intendersi come non apposte ovvero tamquam non essent”*;
12. **di prendere atto ed accogliere** le osservazioni contenute nella nota Prot. n. 30 del 23.03.2018 del Centro Riabilitativo Polivalente “Primavera, integrando l'art. 6 dello schema contrattuale, come di seguito:
 - **art. 6 comma 1** *“L'erogazione è subordinata alla richiesta proveniente dalle Autorità e Servizi socio-sanitari preposti ai sensi della vigente normativa, per quanto concerne le prestazioni ricomprese nei LEA (DPCM 29/11/2001 e s.m.i.) erogate a favore di minori vittime di abusi e maltrattamenti e/o in condizione di disagio psicologico e le loro famiglie.”*;
 - **art. 6 comma 2** *“per gli altri casi relativi alle altre prestazioni ricomprese nei LEA, l'autorizzazione/richiesta proviene dalle Autorità e Servizi socio sanitari preposti, ai sensi della vigente normativa.”*;
13. **di considerare** che con nota Prot. n. 66/18/DA del 23.03.2018, allegata, la Fondazione Padre Alberto Mileno ONLUS ha chiesto per l'annualità corrente l'attribuzione del tetto di spesa in misura di € 5.334.088,20, atteso che, per il biennio 2016 -2017, la ASL 2 ha riconosciuto in atti il proprio errore - ben oltre i termini consentiti per correggere i tetti di spesa approvati con DCA n. 49/2016 e ss. mm. e ii.;
14. **di rettificare** in accoglimento delle osservazioni della struttura su indicata, il tetto di spesa della Fondazione Padre Alberto Mileno ONLUS, che pertanto è pari ad € 5.334.088,20, come attestato dalla stessa ASL 2 con certificazioni agli atti dell'Ufficio;
15. **di considerare** valido ed efficace il contratto sottoscritto dagli erogatori privati che vi abbiano già provveduto nella forma approvata con DGR n. 101/2018, integrato dalla proposta contenente le parti modificate (Allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che verrà inoltrata ai medesimi per la conseguente accettazione;



16. **di specificare**, 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., salve ed impregiudicate le ulteriori azioni di carattere giudiziale e stragiudiziale che le Asl interessate potranno intraprendere nei suddetti casi di mancata stipula dell'accordo;
17. **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;
18. **di precisare** che gli erogatori privati possono comunque procedere alla firma dell'accordo negoziale a decorrere dal giorno successivo al ricevimento del presente atto;
19. **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;
20. **di notificare** il presente provvedimento alle Direzioni Generali delle Aziende USL e alle strutture accreditate;
21. **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 per i successivi adempimenti;
22. **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.




SERVIZIO: **Contratti Erogatori Privati**

UFFICIO: **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 territoriale, RSA, RP, Sr, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Borse lavoro disabili psichici

L'Estensore
Dott.ssa Maddalena Tabasso
Avv. Alessia Parlatore


(firma)

I Responsabili di Ufficio
Dott.ssa Maddalena Tabasso
Avv. Alessia Parlatore


(firma)

Il Dirigente del Servizio
vacante

(firma)

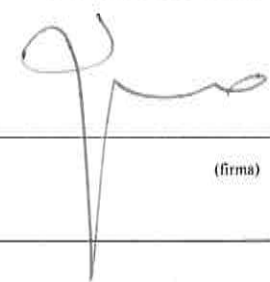
Il Direttore Regionale
Dott. Angelo Muraglia


(firma)

Il Componente la Giunta
Dott. Silvio PAOLUCCI


(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Presidente della Giunta


(firma)

Il Segretario della Giunta


(firma)

EROGATORI PRIVATI

- Casa di Cura Villa Serena Srl
- Casa di Cura Privata Santa Camilla Spa
- Casa di Cura Privata di Riabilitazione Nova Salus Srl
- Monteferrante Srl
- Centro Fisioterapico – Riabilitativo Medical Marsicano Srl
- Centro Riabilitativo Polivalente “Primavera”
- Centro Riabilitazione Anesis Srl
- Centro di Riabilitazione Sanex
- Wellness Srl
- Fondazione Istituto S. Caterina
- Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus – Centro Riabilitazione
- Fondazione Papa Paolo VI Onlus
- Fondazione Anfass Onlus Teramo
- Fondazione Piccola Opera Caritas Onlus
- Provincia Religiosa SS. Apostoli Pietro e Paolo (Opera Don Orione)
- Struttura Psicoriabilitativa IL Quadrifoglio
- Società Monteferrante Srl Struttura RSA Domus Pacis
- Società Lido Srl Struttura RP “Il Castello” Crecchio
- Gruppo Edos Srl (RSA San Giovanni, San Domenico, Santa Maria Imbaro, San Vitale)



PER COPIA CONFORME ALL'...
Pescara, il 19/06/2018