



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 134 del 17 Ottobre 2022

OGGETTO: Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale e per l'acquisto di prestazioni APA e PAC erogate dalle strutture private accreditate con oneri a carico del SSR – Triennio 2022-2024.

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, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e 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;

DATO ATTO che i contenuti del mandato commissariale ad acta - di cui, originariamente, alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, per come successivamente implementato - sono tali da affidare al nominato Commissario ad acta, ex art. 120, comma 2, della Costituzione, l'incarico prioritario di attuare i programmi operativi 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, nel detto ambito provvedimentale e nel rispetto della cornice normativa vigente, sono stati affidati 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;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021 con la quale il Presidente della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, ivi ricomprendendo la gestione dell'emergenza pandemica;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 novembre 2021 con la quale il dott. Maurizio Bortoletti è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, mai insediato;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020, con l'implementazione del punto:

27) attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dall'articolo 16-septies del decreto legge 21 ottobre 2021, n. 146, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2021, n. 215";

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, come integrato dal punto A) della medesima delibera con particolare riferimento alle azioni 1), 2), 3), 5), 6), 7), 8), 10), 11), 14), 16) e 17);

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021.

Con la medesima si è provveduto, con decorrenza immediata, alla revoca dell'incarico precedentemente attribuito al dott. Maurizio Bortoletti, in quanto nonostante siano decorsi oltre sei mesi dal conferimento dell'incarico non è intervenuto l'insediamento;

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;

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 nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi di programmazione nazionale;

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

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'accredimento 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'accredimento 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;

VISTI gli incontri con le Associazioni di Categoria della specialistica ambulatoriale;

DATO ATTO che con nota prot. n. 12265 del 12.01.2022 e con nota prot. n. 51015 del 02.02.2022 il Commissario ad acta, nelle more della definizione dei tetti di spesa 2022 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato, ha disposto che le strutture private già contrattualizzate per l'anno 2021, possono, transitoriamente e a decorrere dal 1 gennaio 2022, continuare ad espletare le proprie attività nell'intesa che le prestazioni rese fino al momento della sottoscrizione del contratto per l'anno 2022 saranno assorbite nel budget complessivo definito per la suddetta annualità;

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 nella mancata previsione di specifiche risorse destinate alla remunerazione delle prestazioni di APA-PAC nell'ambito della specialistica ambulatoriale;

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;

VISTE le sentenze del TAR Calabria n. 1860 e 1861 pubblicate il 25 ottobre 2021 che hanno ritenuto fondata la sola censura concernente l'inclusione del valore degli APA e PAC nel tetto di spesa riconosciuto all'assistenza ospedaliera (DCA n. 49/2021) e allo scomputo di detto valore dal budget della specialistica ambulatoriale (DCA n. 50/2021) e, pertanto, sono stati annullati in parte qua i DCA nn. 49/2021 e 50/2021;

VISTE le sentenze n. 1860 pubblicate il 25 ottobre 2021 e la n. 2155 pubblicata il 25 novembre 2021 che hanno disposto che il provvedimento impugnato è illegittimo, e va pertanto annullato, nella parte in cui prevede che *“il contratto è espressamente prorogabile”* anziché *“il contratto è prorogato”*;

VISTA la sentenza del Consiglio di Stato n. 04645 pubblicata il 07/06/2022 che ha confermato la sentenza 1860 del 25 ottobre 2021;

VISTO l'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge n. 124 del 26 ottobre 2019 che stabilisce *“A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale”*;

CONSIDERATO che con riferimento all'anno 2021 il risultato di gestione presenta un avanzo come dichiarato nel verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 26 aprile e 18 maggio 2022;

CHE nel redigendo Programma Operativo trasmesso con nota prot. n. 181963 del 13/04/2022 (Prot. SIVEAS n. 65 del 13 aprile 2022) la programmazione regionale presenta un equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale;

CHE nell'anno 2011 il costo complessivo dell'ospedalità e della specialistica ambulatoriale da privato, tratto dal CE consuntivo 2011 era pari a 263.385.000,00 euro;

CHE il DCA n. 32/2017 stabilisce quale fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario della Regione Calabria n. 12 prestazioni per abitante;

CHE dall'analisi della produzione, con particolare riferimento agli anni 2019 e 2021, del fabbisogno nei diversi setting assistenziali e della quota assorbita dalla specialistica ambulatoriale rispetto alla produzione

complessiva, si valuta che il limite massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2022 - 2024 è pari a euro **66.308.898,58** annui;

CHE dall'analisi della produzione, con particolare riferimento agli anni 2019 e 2021, del fabbisogno nei diversi setting assistenziali e della quota assorbita dalle prestazioni APA-PAC rispetto alla produzione complessiva, si valuta che il limite massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni APA-PAC per il triennio 2022 - 2024 è pari a euro **13.065.700,43** annui;

CHE la ripartizione delle risorse tra le singole ASP tiene conto anche del tendenziale relativo alla produzione rilevata nel I semestre dell' anno 2022, e del fabbisogno rispetto alle 12 prestazioni per abitante;

CHE la valutazione dei volumi prestazionali tiene conto dell'andamento epidemiologico pre COVID e post COVID e della riduzione della mobilità passiva, precisando che nell'anno 2021 non sono stati adottati provvedimenti, che hanno sospeso l'erogazione delle prestazioni in particolare nelle strutture private;

CHE i limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale erogate dai privati accreditati è coerente con il redigendo Programma Operativo;

RITENUTO CHE a seguito dell'annullamento in parte qua del DCA n. 50/2021 si sia reso necessario dover ridefinire il livello massimo di finanziamento relativo all'anno 2021, per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato di specialistica ambulatoriale e di prestazioni APA-PAC;

CHE, sempre, dall'analisi dei dati di produzione si valuta che il limite massimo di spesa per l'anno 2021 è confermato **66.754.000,00** euro;

CHE, sempre, dall'analisi dei dati di produzione si valuta che il limite massimo di spesa per l'anno 2021 per l'acquisto di prestazioni APA-PAC è pari **11.368.754,00** annui;

CHE, pertanto, le Aziende Sanitarie Provinciali sono tenute a procedere alla eventuale sottoscrizione/integrazione degli accordi contrattuali sottoscritti con gli erogatori privati, in vigore dell'annullato DCA n. 50/2021, previa verifica che le prestazioni siano state effettivamente erogate, che rispondano ai principi di appropriatezza e che le stesse abbiano soddisfatto bisogni di salute, anche in sostituzione del settore pubblico, ancora impegnato nell'anno 2021 dall'emergenza COVID;

CHE l'articolazione e l'analisi del fabbisogno assistenziale nei vari *setting* nasce da una approfondita verifica della realtà sanitaria territoriale;

RITENUTO, altresì, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di prestazioni APA-PAC, di confermare il modello contrattuale per l'acquisto di prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale, da sottoscrivere tra Commissari straordinari delle ASP e Erogatori privati accreditati, già approvato con DCA 179/2019 e s.m.i. e di cui all'allegato B del medesimo DCA, da aggiornare in considerazione della triennialità del contratto, da parte dell'ASP territorialmente competente;

RITENUTO, inoltre, necessario di allegare al suddetto schema di contratto il file (Allegato 1 del DCA 179/2019) contenente il flusso informativo relativo alle Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA);

RILEVATO, pertanto, la necessità, come già previsto per il contratto anno 2021, che "il contratto è prorogato, al fine di garantire la continuità assistenziale, fino alla definizione del nuovo piano dei fabbisogni e alla eventuale riproposizione del relativo contratto";

RITENUTO, altresì, necessario prevedere, fermo restando il budget assegnato ad ogni singola struttura la possibilità, in considerazione della triennialità del contratto, di modificare eventualmente il piano di acquisto delle prestazioni, a seguito di mutate condizioni epidemiologiche e/o della necessità di recupero della mobilità passiva;

CHE è compito e responsabilità dell'ASP territorialmente competente predisporre e aggiornare il piano di acquisti delle singole prestazioni, tenendo in considerazione la domanda e l'offerta delle singole strutture anche in considerazione del trend degli anni precedenti;

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, quindi, necessario fissare il volume massimo ed il correlato limite di spesa per il triennio 2022 - 2024, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ambulatoriale da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi euro **66.308.898,58** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

	aziende	Specialistica ambulatoriale triennio 2022-2024
201	ASP DI COSENZA	22.845.902,50
202	ASP DI CROTONE	7.203.960,59
203	ASP DI CATANZARO	5.179.290,09
204	ASP DI VIBO VALENTIA	5.045.244,88
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	26.034.500,52
	TOTALE	66.308.898,58

RITENUTO, quindi, necessario fissare il volume massimo ed il correlato limite di spesa per il triennio 2022 - 2024, per l'acquisto di prestazioni di APA e PAC da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi **13.065.700,43** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

aziende	APA-PAC triennio 2022-2024
ASP DI COSENZA	5.864.861,03
ASP DI CROTONE	770.776,27
ASP DI CATANZARO	2.001.783,25
ASP DI VIBO VALENTIA	1.158.320,38
ASP DI REGGIO CALABRIA	3.269.959,50
TOTALE	13.065.700,43

RITENUTO necessario confermare quale limite massimo di spesa per l'anno 2021 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato con oneri a carico del SSR, in complessivi **66.754.000,00** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

	Aziende	livello massimo specialistica ambulatoriale anno 2021
201	ASP DI COSENZA	22.818.233,00
202	ASP DI CROTONE	9.452.584,00
203	ASP DI CATANZARO	5.634.359,00
204	ASP DI VIBO VALENTIA	4.181.235,00
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	24.667.590,00
	TOTALE	66.754.000,00

RITENUTO, quindi, necessario fissare il volume massimo ed il correlato limite di spesa per l'anno 2021, per l'acquisto di prestazioni di APA e PAC da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi **11.368.754,00** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

	Aziende	APA-PAC anno 2021
201	ASP DI COSENZA	4.300.000,00
202	ASP DI CROTONE	685.640,00
203	ASP DI CATANZARO	1.708.221,00
204	ASP DI VIBO VALENTIA	1.091.893,00
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	3.583.000,00
	TOTALE	11.368.754,00

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 contratto con le modifiche/integrazioni di cui sopra;
- 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 private accreditate 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;

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 e APA-PAC definiti dalle stesse ASP in coerenza con quanto stabilito nel presente atto;

RITENUTO di fissare la data del 31.08.2022 quale termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP e Struttura erogatrice per il triennio 2022 – 2024 per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete specialistica ambulatoriale e per l'acquisto di prestazioni APA e PAC erogate dalle strutture private accreditate;

RITENUTO, altresì, di fissare la medesima data quale termine per l'eventuale sottoscrizione/integrazione degli accordi contrattuali sottoscritti con gli erogatori privati, in vigenza dell'annullato DCA n. 50/2021;

STABILITO che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art.8-quinquies, in mancanza di titolo contrattuale, dal 01.09.2022 cesserà la remunerazione delle prestazioni a carico del SSR e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino all'eliminazione 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);
VISTO il supporto consulenziale reso dal Coordinatore dell'Avvocatura regionale, a mente del comma 5-bis, art. 10 della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7 ed acquisito al prot. n. 445887 del 10/10/ 2022.

Tutto ciò premesso da valere come parte integrante, sostanziale e motivazionale del presente decreto, il Commissario ad acta, dott. Roberto Occhiuto;

DECRETA

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

DI DEFINIRE:

- il volume massimo ed il correlato limite di spesa per il triennio 2022 - 2024, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ambulatoriale da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi euro **66.308.898,58** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

	aziende	Specialistica ambulatoriale triennio 2022-2024
201	ASP DI COSENZA	22.845.902,50
202	ASP DI CROTONE	7.203.960,59
203	ASP DI CATANZARO	5.179.290,09
204	ASP DI VIBO VALENTIA	5.045.244,88
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	26.034.500,52
	TOTALE	66.308.898,58

- il volume massimo ed il correlato limite di spesa per il triennio 2022 - 2024, per l'acquisto di prestazioni di APA e PAC da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi **13.065.700,43** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

-

aziende	APA-PAC triennio 2022-2024
ASP DI COSENZA	5.864.861,03
ASP DI CROTONE	770.776,27
ASP DI CATANZARO	2.001.783,25
ASP DI VIBO VALENTIA	1.158.320,38
ASP DI REGGIO CALABRIA	3.269.959,50
TOTALE	13.065.700,43

- il volume massimo ed il correlato limite di spesa per l'anno 2021, per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi **66.754.000,00** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

	Aziende	livello massimo specialistica ambulatoriale anno 2021
201	ASP DI COSENZA	22.818.233,00
202	ASP DI CROTONE	9.452.584,00
203	ASP DI CATANZARO	5.634.359,00
204	ASP DI VIBO VALENTIA	4.181.235,00
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	24.667.590,00
	TOTALE	66.754.000,00

- il volume massimo ed il correlato limite di spesa per l'anno 2021, per l'acquisto di prestazioni di APA e PAC da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi **11.368.754,00** annui, secondo la ripartizione per singola ASP di seguito riportata:

	aziende	APA-PAC anno 2021
201	ASP DI COSENZA	4.300.000,00
202	ASP DI CROTONE	685.640,00
203	ASP DI CATANZARO	1.708.221,00
204	ASP DI VIBO VALENTIA	1.091.893,00
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	3.583.000,00
	TOTALE	11.368.754,00

DI DARE MANDATO, con riferimento all'anno 2021, alle ASP di procedere all'integrazione degli accordi contrattuali sottoscritti con gli erogatori privati per le prestazioni di APA-PAC, in vigore dell'annullato DCA n. 50/2021, previa verifica che le prestazioni siano state effettivamente erogate, che rispondano ai principi di appropriatezza e che le stesse abbiano soddisfatto bisogni di salute, anche in sostituzione del settore pubblico, ancora impegnato nell'anno 2021 dall'emergenza COVID.

DI CONFERMARE, altresì, lo schema di contratto di cui all'Allegato B del DCA 179/2019 e smi per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di APA-PAC erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata da sottoscrivere tra i Commissari Straordinari delle ASP e gli Erogatori privati accreditati, aggiornato con riferimento alla triennalità del contratto da parte di ciascuna ASP;

DI CONFERMARE nello schema di contratto di cui al citato Allegato B del DCA 179/2019 il file (Allegato 1 del DCA 179/2019) contenente il flusso informativo relativo alle Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA);

DI STABILIRE la possibilità, fermo restando il budget assegnato ad ogni singola struttura, in considerazione della triennalità del contratto, di modificare l'eventuale piano di acquisto delle prestazioni, a seguito di mutate condizioni epidemiologiche e/o della necessità di recupero della mobilità passiva;

CHE è compito e responsabilità dell'ASP territorialmente competente predisporre e aggiornare il piano di acquisti delle singole prestazioni, tenendo in considerazione la domanda e l'offerta delle singole strutture anche in considerazione del trend degli anni precedenti;

DI PRECISARE che i limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di APA-PAC erogate dalle strutture private accreditate sono definiti in coerenza con gli atti di programmazione regionale vigenti ed in coerenza con il redigendo Programma Operativo;

DI DARE MANDATO alle ASP di inserire nei contratti la seguente previsione "il contratto è prorogato, 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 CONFERMARE per la definizione dei tetti per i singoli erogatori, da effettuarsi a cura delle Aziende Sanitarie Provinciali, i seguenti criteri:

- predisposizione di specifico piano di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di APA-PAC 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 immagine quali TAC, RMN ed ECOGRAFIA;
- obbligo per le ASP di prevedere nei piani di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di APA-PAC 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 prestazioni e requisiti previsti per le attività, alla luce di quanto previsto in tema di reti di laboratorio;

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:

- 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 contratto con le modifiche/integrazioni di cui sopra;
- 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 private accreditate 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.

DI FISSARE la data del 31 agosto 2022 quale termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP e Struttura erogatrice per il triennio 2022-2024.

DI FISSARE, altresì, la medesima data quale termine ultimo per l'eventuale sottoscrizione/integrazione degli accordi contrattuali sottoscritti con gli erogatori privati, in vigore dell'annullato DCA n. 50/2021.

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 da aggiornare in considerazione della triennialità del contratto da parte dell'ASP territorialmente competente;

- 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 01/09/2022 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 2022 definiti con il presente provvedimento per l'acquisto di prestazioni di APA-PAC devono comunque assorbire la produzione appropriata erogata a partire dalla data del 01 gennaio 2022, per come già stabilito con note del Commissario ad Acta prot. n. 12265 del 12.01.2022 e prot. n. 51015 del 02.02.2022.

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

DI PRECISARE:

- che le prestazioni 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 con le modifiche/integrazioni di cui sopra;
- 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 – Servizi Socio Sanitari il presente provvedimento per la notifica ai soggetti interessati.

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

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari 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 Sub Commissario
F.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta
F.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento tutela della Salute, Servizi Socio- Sanitari

Settore 6 “PROGRAMMAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA E SISTEMA DELLE EMERGENZE-URGENZE

Il Dirigente del Settore n. 6

F.to Dott.ssa Maria Pompea Bernardi

il Dirigente Generale

F.to Ing. Iole Fantozzi