



COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 05.08.2021

DECRETO

N. 103

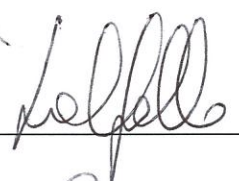
IN DATA 02/11/2021

OGGETTO: Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio-sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2021.

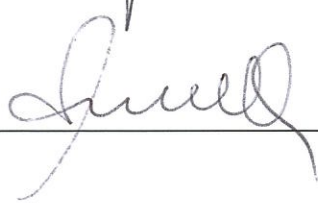
Il Direttore del Servizio
Programmazione Rete dei soggetti deboli,
dell'integrazione sociosanitaria
e della riabilitazione
Dott.ssa Marina Prezioso

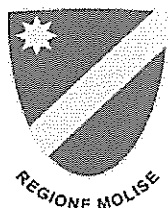


Il Direttore Generale per la Salute
Dott.ssa Lolita Gallo



Il Sub Commissario Ad Acta
Dott.ssa Annamaria Tomasella





COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 31.03.2021

DECRETO

N. 103

IN DATA 02/11/2021

OGGETTO: Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio-sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2021.

IL COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che:

- con delibera adottata in data 5 agosto 2021, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, ha nominato il dott. Donato Toma quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 31 marzo 2021;

- che con la suddetta delibera del 31 marzo 2021 il Consiglio dei Ministri ha nominato la dott.ssa Annamaria Tomasella quale subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Molise e dei successivi Programmi operativi, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale;

VISTA la legge regionale n. 10 del 23 Marzo 2010 e s.m.i.;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

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

VISTO il Decreto Legge del 6 luglio 2012, n. 95, recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.”*, convertito con Legge del 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”*;

ATTESO che il citato D.P.C.M. individua all’art. 3 (*“Aree di attività dell’assistenza distrettuale”*) le diverse aree di attività in cui si articola l’assistenza distrettuale, specificando alla lett. i) l’*“Assistenza sociosanitaria residenziale e residenziale”*;

ATTESO che, nello specifico, il DPCM del 12 gennaio 2017:

- all’art. 29 (*Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario*) prevede che *“1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore.”*;
- all’art. 30 (*Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti*) prevede che *“1. Nell’ambito dell’assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.[...] b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.”*;
- all’art. 34 (*Assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità*) prevede che *“1. Nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale e residenziale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, [...] a) trattamenti di riabilitazione intensiva [...]; b) trattamenti di riabilitazione estensiva [...]; c) trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue [...]”* e che *“3. I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie: a) trattamenti di riabilitazione estensiva [...]; b) trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue [...]”*;

VISTA la Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18, recante: *“Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.”* e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 36 del 23 giugno 2017 recante *“DCA n. 4 del 31/01/2017 “L.R. 18/2008 e ss.mm.ii “Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all’esercizio di attività sanitarie e socio - sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio - sanitarie pubbliche e private”. “Manuale di Autorizzazione”, “Manuale di accreditamento” e Manuale delle Procedure”. Approvazione”. Modifiche e integrazioni.”*;

PRESO ATTO:

- del Decreto del Commissario ad acta n. 41 del 10 aprile 2019 *“Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell’assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2019, nel rispetto dell’equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.”*;
- del Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 29 aprile 2019 *“DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2019. Determinazioni.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 41 del 25 giugno 2020 recante *“Decreto del Commissario ad acta n. 41 del 10.04.2019 ad oggetto «Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell’assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2019, nel rispetto dell’equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.» Proroga.”*;

CONSIDERATO che:

- ai sensi dell'art. 8-bis, comma 1, del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., *"le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies"*;
- ai sensi dell'art. 8-quater, comma 8, del D.lgs. 502/92 e s.m.i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lett. 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 SSN un volume di attività, comunque, non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale;

VISTO l'art. 79 del Decreto Legge n. 112/2008 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, di novellazione degli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del D.lgs. 502/92 nel quale si prevede che *"Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio [...]"*;

CONSIDERATO che la Regione Molise, in quanto soggetto programmatore deve definire i tetti di spesa in coerenza con le previsioni normative richiamate e di quanto affermato dalla recente giurisprudenza amministrativa *"[...] alle regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante la programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni"* (Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, Sentenza 3 aprile 2012 n. 3);

VISTO l'art. 17, comma 1, lett. a), del D.L. n. 98/2011 convertito con modifiche dalla L. n. 111/2011, ai sensi del quale *"[...] le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati [...]"*;

RAVVISATA la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, orientando l'attività assistenziale verso forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, anche al fine di valorizzare maggiormente la qualità dell'assistenza;

RILEVATA la necessità di assicurare, nelle more dell'approvazione dell'aggiornamento dei Documenti di Programmazione Sanitaria Territoriale di riferimento della Regione Molise, un'offerta assistenziale nell'ambito degli interventi disciplinati dagli artt. 29,30 e 34 del DPCM 12 gennaio 2017 in continuità con le annualità precedenti;

RITENUTO, pertanto, di prorogare per l'anno 2021 i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria, fissati con il DCA n. 41/2019 e prorogati con il DCA n. 41/2020, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente, ai sensi della normativa di riferimento, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

TETTI DI SPESA PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE DAGLI OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI REGIONE MOLISE anno 2021 <i>[Valori espressi in €]</i>
--

MACROAREA DELLA RIABILITAZIONE

PRIVATI ASREM	Totale
TETTO DI SPESA	16.349.580,00

RITENUTO di destinare il finanziamento previsto per l'assistenza riabilitativa, alle prestazioni residenziali extraospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali e di assistenza socio sanitaria, per il potenziamento della complessiva capacità d'offerta regionale attraverso tutte le strutture presenti sul territorio, ferma restando l'invarianza del tetto complessivamente fissato, quale limite invalicabile ed onnicomprensivo;

DI DARE ATTO che le risorse finanziarie destinate all'assistenza riabilitativa di cui al presente atto trovano copertura nel Fondo Sanitario regionale di parte corrente anno 2021, mensilmente trasferito all'Azienda Sanitaria;

RITENUTO, inoltre, di:

- stabilire che, in ottemperanza alla Legge 135/2012 e al D.L. 78/2015, quanto disposto con il presente provvedimento trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione degli accordi contrattuali di budget per l'erogazione di prestazioni sanitarie, con applicazione di quanto previsto dal D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. in materia di sospensione dell'accreditamento istituzionale;

- stabilire che tali piani di finanziamento di assistenza sanitaria sono onnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe attualmente vigenti;

- trasmettere il presente provvedimento all' A.S.Re.M, a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;

in virtù dei poteri conferiti con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri, di cui in premessa,

DECRETA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di prorogare per l'anno 2021 i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria, fissati con il DCA n. 41/2019 e prorogati con il DCA n. 41/2020, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente, ai sensi della normativa di riferimento, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

TETTI DI SPESA PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE DAGLI OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI REGIONE MOLISE anno 2021 <i>[Valori espressi in €]</i>
--

MACROAREA DELLA RIABILITAZIONE

PRIVATI ASREM	Totale
TETTO DI SPESA	16.349.580,00

- di stabilire che i tetti di spesa fissati per l'assistenza riabilitativa costituiscono limite invalicabile ed onnicomprensivo per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati, secondo la

classificazione data dal DCA n. 60/2018 e dal DCA n. 48/2019, anche in coerenza con le finalità proprie del presente provvedimento;

- di destinare il finanziamento previsto per l'assistenza riabilitativa alle prestazioni residenziali extraospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali e di assistenza socio sanitaria, per il potenziamento della complessiva capacità d'offerta regionale attraverso tutte le strutture presenti sul territorio, ferma restando l'invarianza del tetto complessivamente fissato, quale limite invalicabile ed omnicomprensivo;
- di dare atto che le risorse finanziarie destinate all'assistenza riabilitativa di cui al presente atto trovano copertura nel fondo sanitario regionale di parte corrente anno 2021, che viene trasferito mensilmente all'Azienda Sanitaria;
-
- stabilire che tali piani di finanziamento di assistenza sanitaria sono omnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe attualmente vigenti;
- di stabilire che, in ottemperanza alla Legge n.135/2012 e al D.L. n. 78/2015, quanto disposto con il presente provvedimento trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione degli accordi contrattuali di budget per l'erogazione di prestazioni sanitarie, con applicazione di quanto previsto dal D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. in materia di sospensione dell'accreditamento istituzionale;
- di trasmettere il presente provvedimento all' A.S.Re.M, a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;

Il presente decreto, composto da n. 6 pagine, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Dott. Donato Toma

