



COMMISSARIO AD ACTA

**per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023**

DECRETO

N. 135

IN DATA 04-09-2025

OGGETTO: LIVELLI MASSIMI DI FINANZIAMENTO PER LE PRESTAZIONI SANITARIE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ASSISTENZA OSPEDALIERA, ACQUISTABILI DAGLI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, PER L'ANNO 2025.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio	RICCARDO TAMBURRO
Il Direttore del Servizio SERVIZIO PROGRAMMAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	RICCARDO TAMBURRO
Il Direttore Generale per la Salute	DOTT.SSA LOLITA GALLO

**IL COMMISSARIO AD ACTA
AFFIANCATO DAL SUBCOMMISSARIO AD ACTA**

RICHIAMATA la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal 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, con la quale:

- l'avv. Marco Bonamico è stato nominato 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;
- il dr. Ulisse di Giacomo è stato nominato quale *subcommissario* unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

VISTA la legge regionale 23 marzo 2010, n. 10, "*Norme in materia di organizzazione dell'amministrazione regionale e del personale con qualifica dirigenziale.*" 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;

VISTA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che ha, tra l'altro:

- delineato i poteri del Commissario *ad acta* quale "*organo decentrato dello Stato ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali*" (pag.11 della sentenza);
- qualificato i provvedimenti del Commissario *ad acta* quali "*ordinanze emergenziali statali in deroga*" o 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*";
- interpretato l'art. 2, comma 83, della L. n. 191/2009 e l'art. 1, comma 796, lett. b) della L. n. 296/2006, quali norme che "*fonda(no) potestà tanto ampie, quanto vincolate per l'esatta esecuzione, da parte dei Commissari statali, dei piani di rientro, le cui determinazioni implicano effetti di variazioni di atti già a suo tempo adottati dalle regioni commissariate. Da ciò discende, per un verso, che l'esercizio di siffatte potestà commissariali configura l'ipotesi delle ordinanze libere extra ordinem e, per altro e correlato verso, esse non soggiacciono, affinché sia garantita la loro efficace immediatezza ed urgenza, alle regole di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile*";

VISTI

- l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, in base al quale per le regioni già sottoposte a Piano di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della medesima legge, restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- l'articolo 2, comma 88-bis della legge 23 dicembre 2009 n. 191, che dispone: "*Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Balzano o da innovazioni della legislazione statale vigente*";

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "*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 Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, "*Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3*";

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

VISTO il Decreto-Legge del 26 ottobre 2019, n. 124, *“Disposizioni urgenti in materia fiscale e per esigenze indifferibili”*, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157;

VISTO il Decreto Legislativo del 23 dicembre 2022, n. 200, *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico”*;

VISTA la Legge 5 agosto 2022, n. 118, *“Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021.”*;

VISTA la Legge 30 dicembre 2023, n. 213 - Legge di Bilancio 2024 – *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026”*;

VISTA la Legge 30 dicembre 2024, n. 207 - Legge di Bilancio 2025 – *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.”*;

VISTA la Legge 21 febbraio 2025, n. 15, *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi.”*;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

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.”*;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del servizio sanitario nazionale”*;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019- 2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTA la Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18, *“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 della Regione Molise n. 89 del 15 maggio 2024 *“Livelli massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera, acquistabili dagli erogatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2024.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 79 del 3 maggio 2024 *“Approvazione Programma Operativo 2023-2025.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 80 del 3 maggio 2024 *“Documento di programmazione della rete territoriale della Regione Molise. Aggiornamenti.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 190 del 20 dicembre 2024 *“Decreto del commissario ad acta n. 175/2024 recante «Decreto del commissario ad acta n. 50 del 01/11/2023 recante: «Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e Decreto del Ministero della Salute di concerto con il ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 giugno 2023 – recepimento del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale – recepimento delle tariffe – Approvazione del nuovo catalogo regionale». Rettifica e integrazioni. Modifiche e Integrazioni.»*;

VISTO il Programma Operativo 2025-2027 della Regione Molise, trasmesso in preventiva approvazione al Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze, con invio SiVeAS prot. “Molise-140-2025-78-A”;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 100 del 11 giugno 2025 *“Programmazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti nella regione Molise - Rete Ictus. Approvazione.”*;

VISTE le Sentenze del Consiglio di Stato, Sezione Terza, N. 03773/2023 e N. 03775/2023;

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 2, del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., "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 all'art. 8-quinquies";
- ai sensi dell'art. 8-quater, comma 8, del D.lgs. 502/92 e s.m.i., "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";
- ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.lgs. 502/92 e s.m.i., le Regioni e le Unità Sanitarie Locali definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;
- ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 – *quinquies*, si prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8-quater;
- ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 1, del D.lgs. 502/92 e s.m.i., "Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies [...]";
- ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 4, del D.lgs. 502/92 e s.m.i., la remunerazione delle attività assistenziali è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni assistenziali di cui al medesimo articolo;

ATTESO che:

- le attività assistenziali svolte dagli operatori privati accreditati contribuiscono alla *performance* del complessivo Sistema Sanitario Regionale, le cui valutazioni in termini di efficienza e capacità di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, sono alla base, tra l'altro, della complessiva attribuzione delle disponibilità finanziarie a livello nazionale e regionale;
- le prestazioni sanitarie con onere a carico dell'SSR devono essere rese dalle Strutture private entro l'ambito dell'accreditamento istituzionale riconosciuto e del *budget* assegnato, nel rispetto degli obiettivi di programmazione ed indirizzo regionale, dei criteri di congruità ed appropriatezza, assicurando il miglioramento degli esiti, della qualità e della sicurezza delle cure, nonché all'efficace governo delle liste di attesa, secondo la normativa regionale e nazionale di riferimento;
- in merito alla onnicomprensività dei tetti di spesa, gli stessi sono da considerarsi al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa;
- l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio Sanitario dalle strutture private accreditate viene annualmente programmata dalla Regione con la fissazione dei volumi di attività e dei tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni, da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, considerando la presenza delle specialità previste per i diversi livelli di complessità e prevedendo, altresì, compiti complementari e di integrazione all'interno del SSR;

RILEVATO che il Programma Operativo 2023-2025 della Regione Molise e l'attuale programmazione sanitaria regionale di cui, tra l'altro, all'approvando Programma Operativo 2025-2027, in ordine ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, hanno sancito i seguenti criteri:

- tutti gli erogatori privati devono concorrere all'ottimizzazione dell'offerta complessiva regionale orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni;
- tutti gli erogatori privati devono contribuire all'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, intesa sia qualitativamente che quantitativamente ed in relazione all'uso economico ed efficiente di tutte le risorse, indirizzando le stesse prioritariamente al soddisfacimento del fabbisogno di salute della popolazione residente nella Regione Molise e verso le branche specialistiche più in sofferenza, aumentando la capacità produttiva e assicurando nel contempo la sostenibilità del sistema;
- tutti gli erogatori privati devono operare nel rispetto dell'equilibrio di bilancio e del contenimento della spesa pubblica, anche alla luce della rideterminazione delle risorse economiche disponibili, che richiede di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, rivedendo, pertanto, in ossequio alle precitate ragioni di finanza pubblica e al principio solidaristico, l'offerta complessiva delle prestazioni

offerte dai soggetti privati;

CONSIDERATO il ruolo rivestito dagli erogatori privati accreditati, altresì, nell'ambito della mobilità sanitaria interregionale e, dunque, in ordine alla rilevanza strategica della stessa per le politiche sanitarie della Regione Molise in termini di sostenibilità strutturale oltre che in termini finanziari, attesa l'obbligatorietà della sottoscrizione degli accordi bilaterali fra le regioni, di cui all'articolo 19 del Patto per la Salute sancito con Intesa del 3 dicembre 2009, anche a valere quale adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale;

RICHIAMATA la Legge 30 dicembre 2023, n. 213 - Legge di Bilancio 2024, che, in ordine ai limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni dai privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, all'art. 1, comma 233, dispone che *“Al fine di concorrere all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, 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 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.”*;

RICHIAMATE le premesse e le considerazioni istruttorie del Decreto del Commissario *ad acta* della Regione Molise n. 89 del 15 maggio 2024 (“Tetti di spesa 2024”), relative, congiuntamente, all'art. 1, comma 233, della Legge 30 dicembre 2023, n. 213 - Legge di Bilancio 2024 e alle previsioni disposte dalla *Spending Review* (DL 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n.135) con riferimento all'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera;

RICHIAMATA la Legge 30 dicembre 2024, n. 207 - Legge di Bilancio 2025, che, in ordine ai limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni dai privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, all'art. 1, commi 277 e 278, dispone che:

- *“277. Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n.213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.”*;
- *“278. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 277 sono anche destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.”*;

RILEVATO che il criterio stabilito dalle citate Leggi di Bilancio può essere applicato solo fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, tale per cui in caso di disavanzo permane il precedente limite di spesa;

PRESO ATTO degli indirizzi applicativi uniformi forniti alle Regioni dal Ministero della Salute con la comunicazione 0005206-P-02/04/2025 - acquisita al protocollo della Regione Molise n. 54321/2025 - in ordine all'utilizzo appropriato delle risorse di cui alla Legge di Bilancio 2025;

CONSIDERATO che:

- il Programma Operativo 2023-2025 della Regione Molise e l'attuale programmazione sanitaria regionale di cui, tra l'altro, all'approvando Programma Operativo 2025-2027 nonché al Decreto del Commissario *ad acta* 100/2025, prevedono il coinvolgimento di strutture private accreditate per lo svolgimento di funzioni assistenziali ai sensi dell'art. 8-sexies del D.lgs. 502/92 ovvero con attività 24 ore su 24, 7 giorni su 7, nell'ambito della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti della regione Molise;
- le attività assistenziali di cui al punto precedente, ai fini del relativo riconoscimento, sono definite e individuate nell'ambito del contratto annuale di budget ovvero possono essere disciplinate da specifici Protocolli d'Intesa di regolamentazione organizzativa e funzionale;

RILEVATO che ai fini della determinazione dei livelli massimi di spesa (“Tetti di Spesa”), in uno alle previsioni della Legge di Bilancio 2025, si è tenuto conto:

- delle disposizioni normative vigenti con parametrizzazione rispetto al valore di riferimento per la relativa determinazione e che, in analogia alle previsioni disposte dalla “Spending Review”, è stato individuato nella spesa consuntivata nell'anno 2011;
- dell'impatto economico complessivo e dell'opportunità che lo stesso rientri nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogate dagli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale;
- dei limiti di spesa fissati e dei relativi criteri applicati per le precedenti annualità, con riferimento

particolare al Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 89 del 15 maggio 2024, relativo all'anno 2024;

- della produzione effettuata dalle Strutture accreditate sia a diretta gestione regionale che a gestione A.S.Re.M., dunque, del dato di produzione storico ed in particolare rispetto al triennio 2022/2024, procedendo, pertanto, ad una rimodulazione degli importi basata sulla necessità di soddisfare, in via preventiva, il fabbisogno di salute della popolazione residente, coniugando, altresì, la necessità di decongestionamento dei posti letto delle strutture pubbliche per le discipline a maggior saturazione;
- dell'opportunità di classificazione per tipologia di assistenza e per Disciplina/Branca, al fine altresì di valorizzare la specializzazione clinica di ciascun erogatore nonché del ruolo storicamente riconosciuto con il relativo accreditamento istituzionale, nell'ambito del SSR;
- dell'opportunità di procedere alla valorizzazione dei tetti di spesa in considerazione delle prestazioni a più elevata qualificazione assistenziale e dunque rispetto alle prestazioni di Alta Complessità ovvero con riferimento alla Classe di Priorità "Urgenza" / "Classe A";
- del complessivo sistema di offerta previsto dal Programma Operativo sanitario 2023-2025 e dall'attuale programmazione sanitaria regionale di cui, tra l'altro, all'approvando Programma Operativo 2025-2027, in particolare, con riferimento al coinvolgimento degli erogatori privati nelle reti assistenziali, dunque rispetto alle funzioni assistenziali ai sensi dell'art. 8-sexies ovvero alla riconfigurazione/rimodulazione rispetto agli obiettivi assistenziali programmatici regionali;
- delle prestazioni erogate in favore dei residenti fuori regione, in relazione a quanto stabilito dal Consiglio di Stato, Sez. III, con la Sentenza n. 3773/2023 e la Sentenza n. 3775/2023;
- della produzione rilevata dai dati messi a disposizione dal Sistema TS del Ministero dell'Economia e Finanza, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- del valore storico tendenziale relativamente alle prestazioni di radioterapia, comunque considerato entro il quadro economico determinato in applicazione del riferimento finanziario fissato rispetto alla spesa consuntivata dal "CE 2011";

ATTESO che la Legge 21 febbraio 2025, n. 15, ha prorogato, al 31 dicembre 2026, il termine per l'adeguamento dell'ordinamento delle regioni e delle province autonome alle disposizioni in ordine all'accreditamento e al convenzionamento delle strutture private nonché al monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati, di cui agli articoli 8-*quater*, comma 7, e 8-*quinquies*, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificati dalla Legge 5 agosto 2022, n. 118, "*Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021*".;

RITENUTO opportuno prevedere che le disposizioni stabilite con il presente provvedimento siano applicate annualmente, per l'anno 2025, altresì, in ragione della sopra richiamata proroga disposta con Legge 21 febbraio 2025, n. 15, nonché per effetto della continuità temporale e programmatica delineata dalla naturale consecutività del Programma Operativo 2023-2025 e dell'attuale programmazione sanitaria regionale di cui, tra l'altro, all'approvando Programma Operativo 2025-2027;

ATTESA la determinazione di concorrere all'ottimizzazione dell'offerta complessiva regionale e valorizzare l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal proprio sistema sanitario, con applicazione di specifiche soglie di ammissibilità per i ricoveri in ambito ospedaliero, nella volontà costante della Regione Molise di massimizzare il livello di dettaglio e di specificazione delle prestazioni e, dunque, di qualificazione dell'offerta assistenziale;

RICHIAMATA la nota della Struttura Commissariale e della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise - protocollo della Regione Molise n. 151339/2024 del 04/11/2024 - con la quale è stato chiesto al Ministero della Salute - Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, in ordine alle soglie di ammissibilità dei ricoveri ("108 DRG") ad alto rischio di inappropriately, "*di fornire ogni eventuale riferimento direttamente correlato alla materia ovvero*" "[...] *che possa consentire l'applicazione di specifiche soglie di ammissibilità in ragione della complessità e della gravità della casistica clinica trattata in Molise e, pertanto, dei livelli di appropriatezza specifici dell'offerta assistenziale regionale.*";

RICHIAMATO il Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise n. 190 del 19 novembre 2024 con il quale è stato approvato il Nomenclatore regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che ha disposto, tra l'altro, in ordine alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa, prevedendo, in particolare, che "*per le prestazioni erogabili in regime di chirurgia ambulatoriale che non hanno corrispondenza con analoghe prestazioni del nuovo Nomenclatore nazionale, l'erogabilità può avvenire solamente in regime di ricovero ordinario o day surgery*";

TENUTO CONTO che, per la naturale flessibilità della domanda, si rende opportuno ammettere margini di elasticità tra le specifiche voci dei budget, altresì, per consentire di ricomprendere negli stessi le eventuali prestazioni comunque riconoscibili ovvero classificabili in emergenza e/o salvavita (Cfr. sentenze del Consiglio di

Stato, Sez. III, 3773/2023 e 3775/2023) e, dunque, a valere quale asserzione definitiva dell'invalidità del budget;

RITENUTO opportuno, nelle more della definizione delle soglie per i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza e in ragione della recente entrata in vigore del nuovo Nomenclatore regionale per la specialistica ambulatoriale nonché in considerazione della naturale flessibilità della domanda assistenziale, consentire alle strutture private accreditate di modulare l'assistenza erogata nel corso dell'annualità corrente, secondo intervalli di flessibilità ed elasticità contrattualmente specificati e fermo restando il valore complessivo del contratto;

CONSIDERATO che la fissazione dei limiti di spesa risponde agli indirizzi impartiti dalla struttura commissariale e che la spesa complessiva per le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale è determinata con riferimento alla spesa storica consuntivata nell'anno 2011, entro le linee programmatiche fissate con il Programma Operativo sanitario 2023–2025 e con l'attuale programmazione sanitaria regionale di cui, tra l'altro, all'approvando Programma Operativo 2025-2027;

RITENUTO, pertanto, di stabilire che i volumi e il conseguente valore della produzione in termini di prestazioni sanitarie erogabili da parte di ciascun erogatore privato accreditato, sono desunti nel complessivo fabbisogno assistenziale regionale e, pertanto, non possono essere ricompresi nell'ambito del singolo contratto di budget le prestazioni e l'assistenza sanitaria oggetto di protocolli, convenzioni o altre forme di accordi direttamente sottoscritti con l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise ovvero rientranti nell'ambito delle attività di competenza dell'A.S.Re.M. e dunque nelle pertinenze finanziarie Aziendali;

RICHIAMATE le note della Struttura Commissariale - protocollo della Regione Molise n. 2782/2025, n. 2999/2025 e n. 3000/2025, del 09/01/2025 - con le quali, nelle more dell'adozione del provvedimento di definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera, per l'anno 2025, al fine di non interrompere la continuità assistenziale da parte delle strutture private accreditate, è stato disposto *“che le prestazioni siano erogate, in via provvisoria e nelle more dell'adozione degli ulteriori provvedimenti di settore, alle medesime condizioni ad oggi in essere, entro i limiti di spesa fissati per l'anno 2024 con il DCA citato [n. 89 del 15/05/2024] e secondo la disciplina e la regolamentazione di riferimento, attualmente in vigore.”*;

CONSIDERATO che i limiti di spesa sono invalicabili e che le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale già erogate nel corso dell'anno 2025 da parte dalle Strutture private accreditate concorrono al raggiungimento dei valori di produzione riconoscibili entro i limiti massimi di finanziamento fissati con il presente provvedimento;

RICHIAMATE le sentenze del Consiglio di Stato, Sez. III, 3773/2023 e 3775/2023 che, nel censurare i limiti imposti al budget per le prestazioni rese in favore dei pazienti residenti fuori dalla regione Molise e per le cd. terapie “salvavita”, con riferimento all'I.R.C.C.S. Neuromed e alla Gemelli Molise S.p.a., oggi Responsible Research Hospital, prevedono che ciascuna *“struttura sanitaria non è stata finanziata e realizzata per la cura dei soli pazienti molisani, ma al fine di coprire il fabbisogno di cure di alta specialità per tutto il bacino del centro-sud Italia. Privare tale struttura della possibilità di erogare, senza limiti di budget precostituiti, prestazioni di alta specializzazione nell'ambito della mobilità interregionale, prestazioni salvavita ad alta complessità (quali sono, ad esempio, quelle neurochirurgiche / cardiocirurgia), nella consapevolezza che non esistono nella Regione Molise altre strutture sanitarie in grado di fornirle, si appalesa del tutto illogico ed irragionevole, specie se si considera che tali prestazioni, se rese nei confronti dei pazienti di altre regioni, non comportano oneri a carico della Regione Molise.”*;

CONSIDERATO necessario determinare i limiti di spesa annuali per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2025, con riferimento all'I.R.C.C.S. Neuromed e al Responsible Research Hospital, ai sensi di quanto disposto dal Consiglio di Stato con le sentenze richiamate e, pertanto, secondo i principi e gli orientamenti dalle stesse fissati, che impongono di remunerare le prestazioni rese in favore dei pazienti di altre regioni nei limiti degli importi riconosciuti e liquidati alla Regione Molise in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale;

CONSIDERATO, altresì, necessario, con riferimento alle prestazioni di radioterapia, di cui il Responsible Research Hospital è attualmente unico erogatore regionale, dunque in considerazione delle obbligazioni in capo al SSR in ordine al mantenimento e garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza nonché del carattere indifferibile e salvavita di tale tipologia di prestazioni, riconoscere, in deroga al principio di invalidità del budget, l'ammissibilità dell'eventuale eccedenza rispetto al limite fissato e comunque all'esito delle complessive attività di verifica e controllo previste dalla vigente normativa;

RITENUTO di fissare i livelli massimi di finanziamento annuali per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e di

specialistica ambulatoriale erogate dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2025, secondo quanto espresso nel documento "Tetti di Spesa 2025" (Allegato 1), allegato al presente decreto, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, per un valore complessivo annuale di € 102.705.000, di cui € 66.630.000 per prestazioni ospedaliere e € 36.075.000 per prestazioni di specialistica ambulatoriale;

RITENUTO di adottare lo schema di accordo contrattuale/contratto (Allegato 2), allegato al presente provvedimento, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, conservando in capo al Commissario ad acta la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate a diretta gestionale regionale (IRCCS Neuromed e Responsible Research Hospital) e delegando al Direttore Generale A.S.Re.M. la sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati a gestione aziendale;

DATO ATTO che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo all'obiettivo di cui al punto XIV *"definizione tempestiva 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"* della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2023;

Su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, col parere favorevole del Direttore Generale della Salute e d'intesa con il Subcommissario *ad acta*, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul presente provvedimento

DECRETA

Articolo 1

1. Sono approvati i livelli massimi di finanziamento annuali per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, e i singoli budget annuali assegnati agli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale del Molise per l'anno 2025, di cui al documento allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - Allegato 1.
2. È approvato lo "Schema tipo di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera dalle strutture private operanti in regime di accreditamento per l'anno 2025", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento – Allegato 2.

Articolo 2

1. I livelli di spesa ed i budget di cui al precedente articolo 1, comma 1, sono invalicabili e ricomprendono le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale già erogate nel corso dell'anno 2025 dagli erogatori privati.
2. I livelli di spesa ed i budget di cui al precedente articolo 1, comma 1, nelle more della definizione delle soglie per i ricoveri ad alto rischio inappropriatezza e in considerazione della recente introduzione del nuovo tariffario regionale della specialistica ambulatoriale nonché in considerazione della naturale flessibilità della domanda assistenziale, devono essere modulati, dagli erogatori accreditati rispetto all'assistenza erogata, entro le previsioni di cui allo schema contrattuale – Allegato 2, altresì, per consentire di ricomprendere negli stessi le eventuali prestazioni comunque riconoscibili ovvero classificabili in emergenza e/o salvavita nonché di alta specialità/complessità e, dunque, a valere quale asserzione definitiva dell'invalicabilità del budget.
3. Le prestazioni sanitarie riferite a ciascun erogatore privato accreditato sono erogabili nel rispetto degli obiettivi di programmazione ed indirizzo regionale, con esclusione, dai volumi e dai valori di produzione fissati con il presente Decreto, delle attività e dell'assistenza sanitaria oggetto di protocolli, convenzioni o altre forme di accordi direttamente sottoscritti con l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise ovvero rientranti nell'ambito delle competenze assistenziali dell'A.S.Re.M.
4. Sono riconosciute, entro i singoli contratti annuali, specifiche funzioni assistenziali ai sensi dell'art. 8-sexies del D.lgs. 502/92 ovvero con attività 24 ore su 24, 7 giorni su 7, alle strutture private accreditate che, secondo la programmazione sanitaria della Regione Molise ovvero all'esito della sottoscrizione di specifici Protocolli d'Intesa di regolamentazione, sono organizzativamente e funzionalmente inserite nella rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti della Regione Molise.
5. Sono riconosciute, per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata dall'I.R.C.C.S. Neuromed e dal Responsible Research Hospital per l'anno 2025, in ottemperanza a quanto disposto e secondo i principi e gli orientamenti fissati dal Consiglio di Stato, Sez. III, con le sentenze 3773/2023 e 3775/2023, le prestazioni rese in favore dei pazienti di altre regioni nei limiti degli importi riconosciuti e liquidati alla Regione Molise in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale, ai sensi della vigente normativa.

6. Ai fini del mantenimento e garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, sono erogabili oltre il limite fissato, in deroga al principio di invalicabilità del budget ed in considerazione del carattere indifferibile e salvavita, le prestazioni di radioterapia, di cui il Responsible Research Hospital è attualmente unico erogatore regionale e il cui riconoscimento avverrà comunque all'esito delle complessive attività di verifica e controllo previste dalla vigente normativa.

Articolo 3

1. La sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate, di cui al precedente articolo 1, compete al Commissario ad acta con riferimento alle strutture private accreditate a diretta gestionale regionale (IRCCS Neuromed e Responsible Research Hospital) ed è delegata al Direttore Generale A.S.Re.M. con riferimento agli erogatori privati a gestione aziendale.

2. Sono demandate alla Direzione Generale per la Salute e all'A.S.Re.M, in relazione ai rispettivi ambiti gestionali, di cui al precedente comma 1, gli adempimenti e le procedure correlate alla sottoscrizione dei contratti con le strutture interessate.

Articolo 4

1. Il presente provvedimento è trasmesso al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze nonché pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise e sul sito istituzionale della Regione Molise.

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA
ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA
MARCO BONAMICO**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art. 24 del D.lgs. 07/03/2005, 82

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA
ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA
MARCO BONAMICO**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82