



COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018
DECRETO

N. 56

IN DATA 30/09/2020

OGGETTO: Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2020.

Il Responsabile dell'istruttoria

Il Direttore del Servizio

Il Direttore Generale per la Salute

Il Sub Commissario Ad Acta





COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018
DECRETO

N. 56

IN DATA 30/09/2020

OGGETTO: Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2020.

IL COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera adottata in data 7 dicembre 2018 il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, ha nominato il dott. Angelo Giustini quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Molisano, con l'incarico prioritario di attuare i Programmi Operativi 2015-2018 nonché tutti gli interventi tesi a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi 2019-2021, laddove richiesti dai predetti Tavoli tecnici, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle azioni ed interventi prioritari riportati nella delibera stessa;

DATO ATTO che con la suddetta delibera il Consiglio dei Ministri ha nominato la dott.ssa Ida Grossi quale Sub Commissario *ad acta*, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del relativo mandato commissariale;

RICHIAMATO l'Accordo Stato - Regioni del 3 agosto 2016, recante: "Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del Servizio Sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n.190" (Repertorio Atti n. 155/CSR del 03/08/2016);

VISTO il decreto commissariale n. 52 del 12.09.2016: "Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.";

DATO ATTO del "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018";

VISTA la legge 21 giugno 2017 n. 96 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo." pubblicata sulla GU Serie Generale n.144 del 23-06-2017 - Suppl. Ordinario n. 31 - ed in particolare l'art. 34-bis, rubricato: "Programma Operativo Straordinario della Regione Molise";

DATO ATTO che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto *"vii. Definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dai punti i. e v."*;

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 23 Marzo 2010 e ss.mm.ii.;

ATTESO che la delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 prevede l'attuazione dei Programmi operativi 2015-2018 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;

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 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, *"Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria."*;

VISTO il Decreto Legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, *"Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria."*;

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;

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 nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);

VISTA la Legge del 23 dicembre 2014, n. 190, *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2015)."*;

VISTO il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, concernente *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*;

VISTO il Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78 coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125 recante: *"Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali"*;

VISTA la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"* (Legge di Stabilità 2016);

VISTA la Legge 11 dicembre 2016, n. 232 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019."* (Legge di Stabilità 2017);

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 Legge 24 aprile 2017, n. 50 *"Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo."*, convertito con modificazioni dalla L. 21 giugno 2017, n. 96;

VISTO Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante *"Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria aggiornato all'anno 2018 - Regole tecniche"*, di cui all'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 - 2016." (Rep. Atti n. 103/CSR del 20 giugno 2019);

VISTA la Legge 27 dicembre 2017, n. 205 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020."* (Legge di Bilancio 2018);

VISTA la Legge 30 dicembre 2018, n. 145, "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.*" (Legge di Bilancio 2019);

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 Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 115 comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Rep. Atti n. 88/6 giugno 2019);

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 1 aprile 2005, n. 9, "*Riordino del Servizio Sanitario Regionale*" e s.m.i.;

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.;

VISTA la Legge Regionale 10 maggio 2019, n. 4, "*Legge di stabilità regionale 2019*" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 10 maggio 2019, n. 5 "*Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2019-2021*" e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 19 del 27/06/2013 "*Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero.*";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 35 del 16 ottobre 2014 "*Istituzione e regolamentazione della "Chirurgia Ambulatoriale" (Branca 80).*" e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 31 del 08 giugno 2015 "*Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise.*";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 51 del 07 agosto 2015 "*Prestazioni sanitarie di chemioterapia. Farmaci oncologici ad elevato costo. Provvedimenti.*";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 54 del 22 settembre 2015 "*Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Molise: integrazione della prestazione "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche anche per via ipodermica, intramuscolare, endovenosa.*";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 52 del 12 settembre 2016 "*Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.*";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 10 del 5 febbraio 2020 "*Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019*";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 11 del 5 febbraio 2020 recante "*Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto dalle strutture private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2019.*";

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." e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 47 del 28 agosto 2017 "Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale - Territorio" - "Documento di programmazione della rete ospedaliera e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti nella Regione Molise." e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 39 del 11 aprile 2018 "Decreti del Commissario ad acta n. 7 del 2 febbraio 2017 e n. 16 del 28 febbraio 2017 - Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise - A.S.Re.M. Provvedimenti.";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n.46 del 29 aprile 2019 "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Recepimento. Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Approvazione."

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., 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:";
- ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i., le regioni e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, 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;

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." (Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, Sentenza 3 aprile 2012 n. 3);

CONSIDERATO che ai sensi di quanto previsto dal combinato disposto degli artt. 8-quinquies, comma 2, e 8-quater, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i., la Regione acquista prestazioni in rapporto al

fabbisogno e alle risorse disponibili e, quindi, anche al di sotto dell'offerta in regime di accreditamento delle strutture erogatrici, così come confermato, tra l'altro, da consolidata giurisprudenza secondo cui *"nella determinazione dei tetti di spesa la regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili"* e ancora che *"i tetti di spesa per le strutture private accreditate sono infatti il modo con cui la regione stabilisce quanto può spendere per acquisire da operatori privati prestazioni che non è in grado di produrre direttamente in misura adeguata alle esigenze della collettività. In altri termini spetta alla regione pianificare, con ampia discrezionalità la spesa sanitaria pubblica e tale atto programmatico condiziona il diritto alla salute rendendolo compatibile con il suo costo finanziario."* (ex plurimis Cons. di Stato, sez. III, 19 luglio 2011, n. 4359; sez. V, 11 agosto 2010, n. 5632; TAR Lazio, sez. III quater, 21 gennaio 2013, n. 659);

RILEVATO che anche la più recente giurisprudenza amministrativa ha ribadito che *"... chi intende operare nell'ambito della Sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta [...]"* (Cons. Stato, sez. III, Ordin. N. 906/2015; TAR Abruzzo, l'Aquila, n. 585/2015);

ATTESO che, in merito alla onnicomprensività dei tetti di spesa, gli stessi sono da considerarsi al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa;

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 [...]"*;

VISTO l'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 convertito dalla L. n. 135/2012, ai sensi del quale *"[...] a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014 [...]"*;

DATO ATTO che la Regione Molise, con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, intende prevedere, tra l'altro, in materia di acquisto di prestazioni sanitarie, che:

- al recupero della mobilità passiva extra regionale contribuiscano gli erogatori privati accreditati;
- si persegua e mantenga, al contempo, un riequilibrio delle reti clinico assistenziali che evitino sovrapposizione ed inefficienti ridondanze nell'offerta che dovrà differenziarsi affinché ci sia un corretto soddisfacimento della domanda interna e un contenimento degli indici di fuga;

CONSIDERATO che all'art. 9, comma 3, della citata Intesa Stato Regioni e Province autonome recante Patto per la Salute 2014-2016, n. 82/CSR del 10 luglio 2014, si prevede espressamente che *"dalla data di stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori"*;

CONSIDERATO, altresì, che il Patto per la Salute 2019-2021 in materia di mobilità sanitaria interregionale prevede espressamente che la stessa *"[...] deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle Regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo Sistema Di Garanzia (NSG) ed al Programma Nazionale delle Liste di Attesa (PNGLA)"*;

TENUTO CONTO che il citato Patto per la Salute 2019-2021 individua tra le azioni prioritarie necessarie con riferimento alla mobilità sanitaria interregionale:

- l'elaborazione di programmi a rilievo nazionale (Governo/Regioni) per salvaguardare la mobilità "fisiologica", a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già previsti dalla normativa di settore, al fine di renderli attuativi;
- il potenziamento dei servizi in loco con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario;
- la valutazione della compatibilità *"dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario"*;

- avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati;

ATTESO che in coerenza con le previsioni del Patto per la Salute 2019-2021 e con le funzioni che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio Sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e committenza, la Regione Molise considera la mobilità sanitaria quale esplicitazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libertà di scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, di appropriatezza delle cure e al diritto alla prossimità dei servizi;

RAVVISATA, dunque, la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'accessibilità dei servizi assistenziali, l'uso appropriato delle risorse, orientando l'attività sanitaria verso forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita;

CONSIDERATO che il riconoscimento delle prestazioni assistenziali erogabili, che avviene esclusivamente entro i limiti massimi di finanziamento, è condizionato a specifica rendicontazione, anche secondo quanto dettagliatamente disciplinato nell'accordo contrattuale di budget, nonché alla consequenziale verifica di congruità, completezza ed esaustività della documentazione trasmessa dalle Strutture private accreditate;

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;

TENUTO CONTO che 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;

TENUTO CONTO di quanto riportato nei verbali relativi alle riunioni congiunte del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza della Regione Molise, da ultimo del 21 novembre 2019 nonché, in particolare, di quanto esposto in quello del 19 luglio 2019 laddove si prevede, con riferimento al punto inerente "Risultato di gestione consuntivo anno 2015" che *"[...] le prestazioni extra budget non sono dovute sia per i residenti che per i non residenti."* e del 20 novembre 2018 laddove, con riferimento ai "Costi per prestazioni da privato", *"Tavolo e Comitato richiamano, pertanto, l'attenzione della struttura commissariale al rispetto dei tetti di spesa e al regolare governo dei rapporti con gli operatori privati accreditati, nel rispetto dei budget assegnati, in coerenza con la normativa vigente."*;

TENUTO CONTO che il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con parere Prot. MOLISE-140-31/07/2014-0000070- A, hanno individuato, in applicazione della normativa, la spesa massima complessiva per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale a decorrere dall'annualità 2014 in 100,651 mln di euro;

ATTESO che l'attuale contesto obbliga a mantenere un assetto dell'offerta assistenziale, anche con riferimento al privato accreditato, in equilibrio con la cornice finanziaria fissata e garantire la complessiva sostenibilità del sistema sanitario regionale;

RIBADITO, pertanto, che i limiti di spesa, sia riferiti ai pazienti molisani, sia riferiti ai pazienti residenti in altre Regioni italiane e agli stranieri, sono ugualmente invalicabili e che i budget fissati con il presente decreto, riferiti alle singole tipologie assistenziali, sono da considerarsi tetti massimi insuperabili;

CONSIDERATO, altresì, che i limiti massimi di finanziamento fissati con il presente decreto potranno in ogni caso subire modifiche in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione e contenimento della spesa, emanati a livello nazionale, ovvero conseguentemente alla sottoscrizione degli accordi di confine finalizzati a regolare il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, resi obbligatori, da ultimo, dalla "legge di stabilità 2016", citata;

CONFERMATO che l'eventuale adozione del provvedimento di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca del limite massimo di finanziamento riconosciuto, con la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;

RITENUTO che ciascuna Struttura privata accreditata è tenuta all'erogazione dell'assistenza modulando le prestazioni in modo omogeneo e in maniera tale da assicurare la continuità dell'attività nel corso dell'intera annualità, fermo restando che le prestazioni erogate oltre i limiti massimi di finanziamento non sono riconosciute;

RITENUTO che a ciascuna Struttura viene riconosciuta la produzione, esclusivamente entro i limiti massimi di finanziamento assegnati da verificare a consuntivo sulla base dell'attività effettivamente svolta a seguito delle verifiche condotte dai competenti uffici regionali ed aziendali, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli nonché in coerenza con le previsioni dell'accordo contrattuale per l'acquisto di prestazioni sanitarie;

RITENUTO, pertanto, di:

- fissare i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 8-sexies del D.Lgs 502/92 e s.m.i., erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente, per l'anno 2020, 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 2020
[Valori espressi in €]

TETTI DI SPESA

FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II

	Regionali	Fuori Regione	Totale
PRESTAZIONI ASS. OSPEDALIERA	17.928.116	11.579.285	29.507.401
PRESTAZIONI ASS. SPECIALISTICA	5.567.704	2.067.723	7.635.427

(Tot. 37.142.828)

TETTI DI SPESA

IRCSS NEUROMED

	Regionali	Fuori Regione	Totale
PRESTAZIONI ASS. OSPEDALIERA	4.447.659	20.145.853	24.593.512
PRESTAZIONI ASS. SPECIALISTICA	5.676.302	11.545.279	17.221.581

(Tot. 41.815.093)

TETTI DI SPESA

	Regionali	Fuori Regione	Totale
--	-----------	---------------	--------

PRIVATI ASREM

<i>PRESTAZIONI ASS. OSPEDALIERA</i>	9.445.459	3.337.452	12.782.911
<i>PRESTAZIONI ASS. SPECIALISTICA</i>	3.932.826	4.977.319	8.910.145

(Tot. 21.693.056)

(Tot. Complessivo
100.650.977 mln)

- stabilire che la produzione già erogata per l'anno 2020 dalle Strutture private accreditate concorre al raggiungimento dei limiti massimi di finanziamento fissati con il presente decreto;

- stabilire che, in ottemperanza alla Legge 135/2012 e al D.L. 78/2015, quanto disposto con il presente provvedimento rappresenta limite invalicabile al di fuori del quale non può essere riconosciuta nessuna prestazione sia in favore dei pazienti residenti che dei non residenti;

- stabilire che i livelli determinati sono articolati per soddisfare la domanda dei cittadini residenti e dei cittadini non residenti (mobilità attiva);

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

RILEVATA la necessità di garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle prestazioni di assistenza sanitaria nei differenti *setting* assistenziali;

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:

- fissare i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 8-sexies del D.Lgs 502/92 e s.m.i., erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente, per l'anno 2020, 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 2020
[Valori espressi in €]

TETTI DI SPESA**FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II**

	Regionali	Fuori Regione	Totale
<i>PRESTAZIONI ASS. OSPEDALIERA</i>	17.928.116	11.579.285	29.507.401
<i>PRESTAZIONI ASS. SPECIALISTICA</i>	5.567.704	2.067.723	7.635.427

(Tot. 37.142.828)

TETTI DI SPESA

IRCSS NEUROMED

	Regionali	Fuori Regione	Totale
<i>PRESTAZIONI ASS. OSPEDALIERA</i>	4.447.659	20.145.853	24.593.512
<i>PRESTAZIONI ASS. SPECIALISTICA</i>	5.676.302	11.545.279	17.221.581

(Tot. 41.815.093)

TETTI DI SPESA

PRIVATI ASReM

	Regionali	Fuori Regione	Totale
<i>PRESTAZIONI ASS. OSPEDALIERA</i>	9.445.459	3.337.452	12.782.911
<i>PRESTAZIONI ASS. SPECIALISTICA</i>	3.932.826	4.977.319	8.910.145

(Tot. 21.693.056)

(Tot. Complessivo
100.650.977 mln)

- stabilire che la produzione già erogata per l'anno 2020 dalle Strutture private accreditate concorre al raggiungimento dei limiti massimi di finanziamento fissati con il presente decreto;
- stabilire che, in ottemperanza alla Legge 135/2012 e al D.L. 78/2015, quanto disposto con il presente provvedimento rappresenta limite invalicabile al di fuori del quale non può essere riconosciuta nessuna prestazione sia in favore dei pazienti residenti che dei non residenti;
- stabilire che i livelli determinati sono articolati per soddisfare la domanda dei cittadini residenti e dei cittadini non residenti (mobilità attiva);
- trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate ed all' A.S.Re.M, a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;
- di prendere atto che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto "vii. Definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dai punti i. e v.",

Il presente decreto, composto da n. 11 pagine, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
dott. Angelo Giustini