



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 63

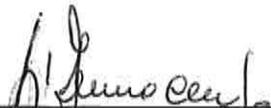
DATA 23/11/2016

**OGGETTO: Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per le annualità 2016, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.**

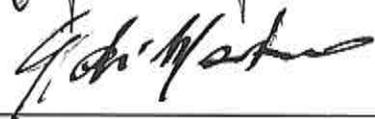
Il Direttore del Servizio  
Livelli Massimi di Finanziamento

  
\_\_\_\_\_

Il Direttore Generale per la Salute

  
\_\_\_\_\_

VISTO: Il Sub Commissario ad Acta

  
\_\_\_\_\_



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE  
COMMISSARIO AD ACTA**

**per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario  
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015**

**DECRETO**

N. 63

DATA 23/11/2016

**OGGETTO: Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per le annualità 2016, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.**

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE  
COMMISSARIO AD ACTA**

**PREMESSO** che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione dell'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

**VISTA** la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

**RICHIAMATO** l'Accordo Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, 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";

**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 3 Marzo 2010 e s.m.i.;

**ATTESO** che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e con il "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018", - **Adempimento 7** "Rapporti con gli erogatori privati accreditati";

**VISTA** la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

**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.;

**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** il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. recante *"Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"*;

**VISTO** l'art. 79 del Decreto Legge n. 112/2008 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, di novellazione degli articolo 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);

**ATTESO** che, in merito alla onnicomprensività dei tetti di spesa, gli stessi sono da considerarsi al lordo delle eventuali 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** 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** 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[...]"*;

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016;

**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*";

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

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

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. 79 del 30/11/2015 recante *"Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per la annualità 2015, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. – Provvedimenti."*;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. 8 del 2/02/2016 recante *"Contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate operanti per conto del SSR - anno 2015. Proroga per l'anno 2016. Provvedimenti."*;

**CONSIDERATO** che il citato DCA n. 8/2016 ha disposto di prorogare *"alle medesime condizioni e nei limiti di quanto previsto, i contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie sottoscritti per l'annualità 2015 con le Strutture Private Accreditate"*, nelle more dell'approvazione del Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018;

**CONSIDERATO**, altresì, che l'art.1, comma 574, lett. b), della L. 208/2015, modificando l'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che: *"A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo."*

**TENUTO CONTO**, inoltre, che il sopra citato comma 574, lett. b), prevede, altresì, che *"le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria"*, *"al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente"*;

**ATTESO** che, ad oggi, non sono ancora stati approvati gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR);

**RILEVATO** che i contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie, sottoscritti per l'annualità 2015 con le Strutture Private Accreditate, sono stati prorogati per l'anno 2016 nelle more dell'attuazione del POS 2015 –

2018, la cui approvazione è stata disposta con l'Accordo Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in data 03/08/2016 (cfr. Repertorio Atti n. 155/CSR);

**DATO ATTO** che il Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018, recepito dalla Regione Molise con DCA n. 52/2016, con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, prevede, tra l'altro, in materia di acquisto di prestazioni sanitarie che:

- "venga assorbita una buona parte della mobilità passiva extra regionale (almeno il 40%)";
- si "persegua e mantenga un riequilibrio della rete clinico ospedaliera che eviti 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";
- "i budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali per gli anni 2015 e successivi rispettino le indicazioni e i limiti previsti dalla Legge n. 135/20 "Spending Review" e s.m.i. e tutelino le eccellenze delle strutture, in particolare nella loro capacità di attrarre pazienti da altre regioni (quota di mobilità attiva)";
- "gli importi definiti nei budget e nei tetti siano al lordo delle compartecipazione e del ticket sanitario";
- "il tetto di remunerazione sia stabilito come invalicabile, sia per le prestazioni rese ai residenti in Molise, sia per i residenti in altre regioni";

**RAVVISATA**, pertanto, la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, migliorando in particolare l'appropriatezza organizzativa, orientando l'attività di ricovero verso le forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, al fine anche di incidere maggiormente sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza;

**DATO ATTO**, altresì, di quanto previsto dal POS citato nell' ambito del complessivo quadro macroeconomico programmato ed in particolare in ordine agli interventi di contenimento della spesa e di miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini;

**TENUTO CONTO** di quanto riportato nel verbale relativo alla riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza della Regione Molise del 19 luglio 2016 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.";

**RITENUTO** di:

- definire i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale e quelli afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della Legge 833/78, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'annualità 2016, ai sensi della normativa di riferimento e nel rispetto del complessivo quadro macroeconomico programmato dal POS 2015 – 2018, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

<b>Tetti di spesa anno 2016</b> [Valori espressi in €]			
<i>Tipologia attività - Dettaglio Struttura</i>			
<b>Prestazioni da Privato - Ricoveri</b>	<b>Regionali</b>	<b>Fuori Regione</b>	<b>Totale</b>
Fondazione Giovanni Paolo II	17.928.116	11.719.037	29.647.153
Neuromed	4.447.659	20.388.996	24.836.655
Privati ASReM	9.445.459	3.377.732	12.823.191
<b>Totale Ricoveri</b>	<b>31.821.234</b>	<b>35.485.765</b>	<b>67.306.999</b>
<b>Prestazioni da Privato - Ambulatoriale</b>	<b>Regionali</b>	<b>Fuori Regione</b>	<b>Totale</b>
Fondazione Giovanni Paolo II	5.567.704	2.092.679	7.660.383
Neuromed	5.676.302	11.684.620	17.360.922
Privati ASReM	3.932.826	5.037.391	8.970.217
<b>Totale Ambulatoriale</b>	<b>15.176.832</b>	<b>18.814.690</b>	<b>33.991.522</b>

Riabilitazione ex art. 26 L 833/78	Regionali	Fuori Regione	Totale
Privati ASReM	12.880.122	2.882.878	15.763.000
<b>Totale Riabilitazione</b>	<b>12.880.122</b>	<b>2.882.878</b>	<b>15.763.000</b>
<b>Totale</b>	<b>59.878.188</b>	<b>57.183.333</b>	<b>117.061.521</b>

- precisare 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;
- precisare che tali piani di prestazione di assistenza sanitaria sono omnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe attualmente vigenti;
- trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate ed all' A.S.R.e.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;

#### DECRETA

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

1. di definire i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale e quelli afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della Legge 833/78, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'annualità 2016, ai sensi della normativa di riferimento e nel rispetto del complessivo quadro macroeconomico programmato dal POS 2015 – 2018, secondo quanto espresso nella tabella seguente:

<b>Tetti di spesa anno 2016</b> [Valori espressi in €]			
<i>Tipologia attività - Dettaglio Struttura</i>			
<b>Prestazioni da Privato - Ricoveri</b>	<b>Regionali</b>	<b>Fuori Regione</b>	<b>Totale</b>
Fondazione Giovanni Paolo II	17.928.116	11.719.037	29.647.153
Neuromed	4.447.659	20.388.996	24.836.655
Privati ASReM	9.445.459	3.377.732	12.823.191
<b>Totale Ricoveri</b>	<b>31.821.234</b>	<b>35.485.765</b>	<b>67.306.999</b>
<b>Prestazioni da Privato - Ambulatoriale</b>	<b>Regionali</b>	<b>Fuori Regione</b>	<b>Totale</b>
Fondazione Giovanni Paolo II	5.567.704	2.092.679	7.660.383
Neuromed	5.676.302	11.684.620	17.360.922
Privati ASReM	3.932.826	5.037.391	8.970.217
<b>Totale Ambulatoriale</b>	<b>15.176.832</b>	<b>18.814.690</b>	<b>33.991.522</b>
<b>Riabilitazione ex art. 26 L 833/78</b>	<b>Regionali</b>	<b>Fuori Regione</b>	<b>Totale</b>
Privati ASReM	12.880.122	2.882.878	15.763.000
<b>Totale Riabilitazione</b>	<b>12.880.122</b>	<b>2.882.878</b>	<b>15.763.000</b>
<b>Totale</b>	<b>59.878.188</b>	<b>57.183.333</b>	<b>117.061.521</b>

2. di precisare 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;
3. di precisare che tali piani di prestazione di assistenza sanitaria sono omnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe attualmente vigenti;
4. di trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate ed all' A.S.R.e.M, a valere quale direttiva per il Direttore Generale della stessa;
5. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M. e sul sito internet della Regione Molise.

Il presente decreto, composto da n. 7 pagine e n. 4 allegati, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

**IL COMMISSARIO ad ACTA**  
*Paolo di Laura Frattura*

