



**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 21.03.2013

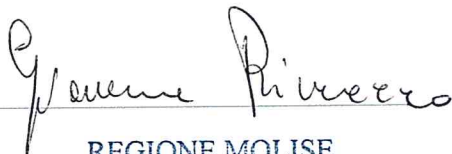
**DECRETO**

N. 14

IN DATA 28/04/2014

**OGGETTO:** Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - DCA n. 17 del 27 giugno 2013  
e DCA n. 37 del 10 dicembre 2013. Rettifiche ed integrazioni.

Il Direttore del Servizio Assistenza Territoriale

  
REGIONE MOLISE


Il Direttore del Servizio Ispettivo

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE  
SERVIZIO ASPETTIVO REGIONALE  
Il Direttore  
Dott. Michele Morone  


Il Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE PER LA SALUTE  
(Dott. Antonio LYSTORIA)  


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 21.03.2013

**DECRETO**

N. 14

IN DATA 28/04/2014

**OGGETTO:** Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - DCA n. 17 del 27 giugno 2013 e DCA n. 37 del 10 dicembre 2013. Rettifiche ed integrazioni.

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

**PREMESSO** che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013 il Presidente *pro-tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione 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 Legge Costituzionale n. 3/2001;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss. mm. ed ii. concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*" ed, in particolare, l'art. 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis;

**VISTO** il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, pubblicato sulla G.U. 8 febbraio 2002 n. 33 recante "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*", che individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 1, comma 7 del D.lgs n. 502/1992 e s.m.i;

**VISTO** il Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, recante "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012 n. 135 e, in particolare, l'art. 15 comma 15 che, in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 sexies, comma 5 del D.lgs 502/92, stabilisce che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente Stato Regioni, determina con proprio decreto le tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del S.S.N;

**VISTO** il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento ordinario n. 8, recante: *“Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”*, con cui è stata data attuazione alle citate disposizioni, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post acuzie;

**CONSIDERATO** che Il D.M. 18/10/2012, nel far riferimento all’art. 15, comma 17 del D.L. 95/2012, prevede che: *“Gli importi tariffati, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell’art. 12 dell’intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell’equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l’accordo di cui all’art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono limite invalicabile”*;

**RILEVATO** che, avendo la Regione Molise sottoscritto l’Accordo per l’approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’art. 1, co. 180, L. 311/2004, non può erogare prestazioni non ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza né può applicare tariffe maggiori di quelle determinate dal citato Decreto Ministeriale;

#### **VISTI E RICHIAMATI:**

- il Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 27 giugno 2013, che richiama ed approva l’Allegato 3 al Decreto del Ministero della Salute del 18.10.2012, pubblicato nella *“Gazzetta Ufficiale”* n. 23 del 28.01.2013, recante: All. 3 *“Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”* relativo alle tariffe massime afferenti le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 37 del 10 dicembre 2013, il quale, ad integrazione del precedente DCA n. 17 del 27 giugno 2013, ha stabilito:
  1. l’integrazione del precedente Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 27 giugno 2013, con la previsione che le prestazioni di oculistica, di cui alla D.G.R. 16 luglio 2007, n. 800 continuano ad essere erogate alle condizioni e tariffe stabilite nel provvedimento medesimo fino alla emanazione dei Decreti che disciplineranno sia l’erogazione di prestazioni di chirurgia ambulatoriale, sia i cosiddetti pacchetti di prestazioni ambulatoriali;
  2. che l’aggiornamento tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica assorbe il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l’invarianza dell’impatto finanziario a livello complessivo nazionale;
  3. la conferma di quanto previsto in ordine all’applicazione della quota fissa di cui alla legge 15 luglio 2011, n. 111 di conversione in legge, con modificazioni del Decreto Legge 6 luglio 2011, n. 98;
  4. la conferma della decorrenza del tariffario di Medicina Specialistica Ambulatoriale del 13 febbraio 2013, data di entrata in vigore del D.M. 18.10.2013, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 2013, n. 23;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 109 del 22.12.2012, recante: *“Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (D.M. 22 luglio 1996) con inserimenti, adeguamenti e tariffazione di prestazioni innovative. Abrogazione del Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 31/05/2011”*;
- la Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 8 dell’11 febbraio 2014, recante: *“DCA n. 19/2013 - prestazioni di medicina specialistica monochemioterapia e*

- polichemioterapia - codici tariffari*", di attribuzione alle prestazioni specialistiche ambulatoriali di monochemioterapia e polichemioterapia, per farmaci oncologici ad alto costo, rispettivamente dei codici tariffari 99.25.1 e 99.25.2, indispensabili alla corretta tariffazione delle stesse, se erogate in regime ambulatoriale alternativo ai ricoveri;
- la D.G.R. n. 800 del 16.07.2007, recante: *"nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - prestazioni erogabili dalla branca specialistica di oculistica di cui alla D.G.R. n. 185 del 6.3.2007. Provvedimenti."*
  - La D.G.R. n. 1483 del 14.12.2007, recante: *"D.G.R. n. 1423 del 24.11.2003 'Specialità' medicinale <<VISUDYNE>> - verteporfina nel trattamento delle degenerazioni maculari retiniche. Provvedimenti'. Modifiche ed integrazioni."*;

**VISTO**, altresì, il verbale della riunione del 16 luglio 2013 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nel quale, al punto 6.2 di pag. 37, in ordine alle nuove tariffe stabilite con DCA 17/2013, si osserva che averne fissato la decorrenza a partire da una data precedente rispetto a quella del Decreto 17/2013, può determinare un contenzioso con gli erogatori;

**RITENUTO** di dover confermare quanto previsto in ordine all'applicazione della quota fissa di cui al Decreto Commissariale n. 42 del 17/11/2008 e ss.mm.ii e dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98;

**VISTO** l'art. 1, comma 171 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, il quale vieta, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalla modalità in cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale e dispone, inoltre, la nullità dei contratti e degli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio;

**RITENUTO** necessario procedere ad un aggiornamento delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale con l'inserimento nel nomenclatore regionale di prestazioni non presenti in quello nazionale, quindi extranomenclatore, ma comunque rientranti nei livelli essenziali di assistenza;

**RICHIAMATO** quanto disposto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in sede di accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, ossia che, nel caso si utilizzino codifiche regionali, all'atto della trasmissione dei flussi è necessario valorizzare l'apposito campo del file C con la lettera alfabetica minuscola che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario, lettera che per la Regione Molise è "r";

**VISTA** l'istruttoria tecnica svolta dal Direttore Responsabile del Servizio Ispettivo Regionale della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise;

**RITENUTO** necessario, alla luce di tutte le circostanze sopra evidenziate:

- ✓ rettificare il DCA n. 37 del 10/12/2013 con integrazione delle prestazioni di cui all'allegato 1 al presente provvedimento, sulla base dell'istruttoria tecnica sopra evidenziata;
- ✓ approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente atto:
  - l'allegato 1, recante: *"Codifica Regionale - prestazioni non presenti nel nomenclatore nazionale del 18.10.2012 (G.U. n. 23 del 28.01.2013)"*, distinto nelle seguenti tabelle:
    - A. *Prestazioni regionali da DGR n. 800/2007;*
    - B. *Prestazioni da DGR. n. 1483/2007;*
    - C. *Prestazioni che hanno subito variazioni di codifica con il DM 18/10/2012;*
    - D. *Prestazione con codice errato;*
    - E. *Prestazioni erogate in Regione con codice errato;*
    - F. *Prestazioni di chemioterapia ambulatoriale - Determina Direttoriale n. 8/2014, come da DCA n. 19/2013;*

- G. *Codifica regionale - prestazioni non presenti nel nomenclatore nazionale del 18.10.2012 (G.U. n. 23 del 28.01.2013) - prestazioni regionali innovative erogate per il DCA n. 109/2011;*
  - L. *Codifica regionale - prestazioni non presenti nel nomenclatore nazionale del 18.10.2012 (G.U. n. 23 del 28.01.2013) - prestazione regionale da eseguirsi su specifica indicazione dello specialista in "Genetica ed Oncologia";*
  - M. *Prestazioni a codifica nazionale non più previste dal D.M. del 18/10/2012 - prestazioni eliminate;*
- l'allegato 2, recante:
    - A. *Legenda di utilizzo;*
    - B. *Anagrafica Branca Specialistica;*
    - C. *Malattie rare per le quali è indicato l'esame MRS;*
    - D. *Indicazioni dell'esame di Spettroscopia di Risonanza Magnetica (MRS);*
    - E. *Elenco dei farmaci ad alto costo rimborsabili nell'ambito della remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale di monochemioterapia e polichemioterapia;*
- ✓ stabilire che l'applicazione delle tariffe, sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dal D.M. 18 ottobre 2012 e recepite con DCA n. 17/2013, sia per quelle successivamente integrate con DCA n. 37/2013 nonché per quelle introdotte con il presente provvedimento ed indicate nelle tabelle A-B-C-D-E-F-G-L dell'allegato 1, decorra a far data dal 01.01.2014;
  - ✓ stabilire per le prestazioni di cui alla tabella M dell'allegato 1, la decorrenza dell'esclusione dal nomenclatore tariffario regionale a far data dalla pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M.;
  - ✓ confermare quanto previsto dal DCA n. 37/2013 in ordine alla circostanza, prevista dal D.M. 18 ottobre 2012, per cui nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è assorbito il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l'invarianza dell'impatto finanziario a livello complessivo nazionale;

**CONSIDERATO** che il presente provvedimento, successivamente alla sua adozione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze e che, pertanto, è necessario che la Regione Molise si riservi espressamente la facoltà di rettificarlo in esito al parere espresso dai suddetti ministeri affiancanti;

in virtù dei poteri conferiti con la deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013,

#### **DECRETA**

- le premesse di cui in narrativa formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di rettificare il DCA n. 37 del 10/12/2013 con integrazione delle prestazioni di cui all'allegato 1 al presente provvedimento, sulla base dell'istruttoria tecnica svolta dal Direttore Responsabile del Servizio Ispettivo Regionale della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise;
- di approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente atto:
  - l'allegato 1, recante: "*Codifica Regionale - prestazioni non presenti nel nomenclatore nazionale del 18.10.2012 (G.U. n. 23 del 28.01.2013)*", distinto nelle seguenti tabelle:
    - A. *Prestazioni regionali da DGR n. 800/2007;*
    - B. *Prestazioni da DGR. n. 1483/2007;*
    - C. *Prestazioni che hanno subito variazioni di codifica con il DM 18/10/2012;*
    - D. *Prestazione con codice errato;*

- E. Prestazioni erogate in Regione con codice errato;
  - F. Prestazioni di chemioterapia ambulatoriale - Determina Direttoriale n. 8/2014, come da DCA n. 19/2013;
  - G. Codifica regionale - prestazioni non presenti nel nomenclatore nazionale del 18.10.2012 (G.U. n. 23 del 28.01.2013) - prestazioni regionali innovative erogate per il DCA n. 109/2011;
  - L. Codifica regionale - prestazioni non presenti nel nomenclatore nazionale del 18.10.2012 (G.U. n. 23 del 28.01.2013) - prestazione regionale da eseguirsi su specifica indicazione dello specialista in "Genetica ed Oncologia";
  - M. Prestazioni a codifica nazionale non più previste dal D.M. del 18/10/2012 - prestazioni eliminate;
- l'allegato 2, recante:
    - A. Legenda di utilizzo;
    - B. Anagrafica Branca Specialistica;
    - C. Malattie rare per le quali è indicato l'esame MRS;
    - D. Indicazioni dell'esame di Spettroscopia di Risonanza Magnetica (MRS);
    - E. Elenco dei farmaci ad alto costo rimborsabili nell'ambito della remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale di monochemioterapia e polichemioterapia;
- di stabilire che l'applicazione delle tariffe, sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dal D.M. 18 ottobre 2012 e recepite con DCA n. 17/2013, sia per quelle successivamente integrate con DCA n. 37/2013 nonché per quelle introdotte con il presente provvedimento ed indicate nelle tabelle A-B-C-D-E-F-G-L dell'allegato 1, decorra a far data dal 01.01.2014;
  - di stabilire per le prestazioni di cui alla tabella M dell'allegato 1, la decorrenza dell'esclusione dal nomenclatore tariffario regionale a far data dalla pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M.;
  - di confermare quanto previsto dal DCA n. 37/2013 in ordine alla circostanza, prevista dal D.M. 18 ottobre 2012, per cui nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è assorbito il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l'invarianza dell'impatto finanziario a livello complessivo nazionale;
  - di trasmettere il presente decreto ai seguenti soggetti:
    - Sogei, per il caricamento delle codifiche delle prestazioni su Tessera Sanitaria;
    - Molise Dati, per i dovuti aggiornamenti sul CUP;
    - Agenas, per le valutazioni di competenza;
    - Asrem, per gli adempimenti di competenza e per la divulgazione;
  - di notificare il presente atto alle strutture a diretta gestione regionale: IRCCS "Neuromed" di Pozzilli e Fondazione "Giovanni Paolo II" di Campobasso;
  - di riservarsi espressamente la facoltà di rettificare il presente decreto in esito al parere su di esso espresso dai ministeri affiancanti.

Il presente decreto, composto da n. 6 pagine e da n. 2 allegati sarà pubblicato sul BURM e notificato ai competenti Dicasteri.

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