



# Regione Molise

**Presidente della Regione Molise**  
COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE  
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI  
DEL SETTORE SANITARIO  
Delibera del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012

## DECRETO

N. 11

IN DATA 28/08/2012

## OGGETTO

**Delibera del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012.** Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2012, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. – Provvedimenti.

Il Responsabile dell'Ufficio Ospedalità Privata  
e Accreditamento Strutture Ospedaliere

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO  
OSPEDALITÀ PRIVATA  
(Dott.ssa Sandra Scarlattelli)

Il Direttore del Servizio Ospedalità Pubblica e Privata

SERVIZIO OSPEDALITÀ  
PUBBLICA E PRIVATA  
Il Direttore del Servizio  
Dott.ssa Sandra SCARLATELLI

Il Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Antonio Francioni





# Regione Molise

**Presidente della Regione Molise**  
COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE  
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI  
DEL SETTORE SANITARIO  
Delibera del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012

DECRETO N. \_\_\_\_\_

DEL \_\_\_\_\_

**Delibera del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012.** Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2012, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. – Provvedimenti.

## IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA

### DATO ATTO:

- della Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20 gennaio 2012 con cui si è confermata la nomina, *ex art.* 4, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 159 del 2007 (convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222 del 2007, e successive modificazioni), del Presidente *pro-tempore* della Regione Molise, in funzione di Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario;
- della Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20 gennaio 2012 con cui si è deliberato in ordine ad una modifica dell'assetto della gestione commissariale e, in particolare, di quanto previsto :
  - **al punto 8)** programmazione delle prestazioni da acquistare annualmente dagli erogatori privati e definizione dei relativi tetti di spesa annuali, comprensivi anche delle prestazioni da erogare a favore di pazienti extra regionali e adozione di accordi di confine con le regioni limitrofe, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012, coerenti con il Programma Operativo per l'anno 2011-2012;
  - **al punto 9)** tempestiva sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, sia gestiti direttamente dalla regione (Neuromed e Cattolica), che gestiti dall'Azienda Sanitaria ASREM, dando avvio, in caso di mancata stipulazione del contratto, alle procedure di cui all'articolo 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.e i.;

**VISTO** il D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*";

## **RICHIAMATI**

- il decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 recante: *“Recepimento accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise”* pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10;
- il decreto commissariale n. 10 del 19/03/10 recante: *“Piano delle prestazioni 2010 ex art. 2 dell’Accordo di Confine Campania-Molise, recepito con decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10”*, pubblicato sul BURM n. 12 del 16/04/10;

**RICHIAMATO** il decreto commissariale n. 80 del 26/09/2011: *“Adozione programma operativo 2011-2012 (ex art. 13, comma 14 Patto per la Salute del 3 dicembre 2009);*

**DATO ATTO** dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera da privato per l’anno 2011, come definiti nei decreti commissariali n. 14/11, n. 91/11 e n. 92/11;

**DATO ATTO** altresì:

- del fabbisogno di prestazioni sanitarie di cui al decreto commissariale n. 20/2011 e successive modifiche ed integrazioni, e dal decreto commissariale n. 10/2012;
- dei dati relativi alle percentuali di inapproprietezza delle prestazioni ospedaliere delle strutture private accreditate, che sottende alla fissazione dei tetti massimi di spesa dell’assistenza ospedaliera e la conseguente promozione dell’attività di assistenza specialistica ambulatoriale, anche in ragione della necessità, per la Regione Molise, in ottemperanza a quanto disposto con il D.P.C.M 29/11/2001-Definizione dei livelli essenziali di assistenza e nel Patto per la Salute , di cui all’intesa in data 3 dicembre 2009, all’art. 6, comma 5, di promuovere l’integrazione dei preesistenti ricoveri in DH/DS, mediante l’introduzione del regime assistenziale del Day Service o chirurgia ambulatoriale complessa, giusta DCA n. 83/11 recante: *“ Istituzione della “Chirurgia Ambulatoriale Complessa” (Branca 80). Classificazione delle prestazioni e Tariffazione. Linee Guida e Modalità applicative”;*

**DATO ATTO:**

-di quanto previsto nella programmazione sanitaria regionale di cui al ridetto Programma Operativo 2011/2012, approvato con DCA n. 80/11, in particolare all’ *“Intervento 8.1: Stipula dei contratti con gli erogatori privati”* e più precisamente all’ *“Azione 8.1.1: Determinazione dei piani di attività delle strutture private per gli anni 2011 e 2012 e relativi accordi contrattuali”* in cui, premesso che il fabbisogno di prestazioni ospedaliere deve essere soddisfatto dalle strutture pubbliche e private in una logica non competitiva, ma di integrazione, si evidenzia la necessità di individuare vincoli di budget che incentivino l’appropriatezza organizzativa nell’erogazione delle prestazioni sanitarie;

-altresì, di quanto previsto nella programmazione sanitaria regionale di cui al Programma Operativo 2011/2012, approvato con DCA n. 80/11, in particolare all’ *“Intervento 3.2: Aggiornamento tariffe”*, e precisamente all’ *“Azione 3.2.1: Aggiornamento tariffe”*, in cui si precisa che l’aggiornamento delle tariffe vigenti rappresenta la logica conseguenza delle azioni di ridefinizione dei livelli prestazionali, dei fabbisogni e della migliore specificazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento; la determinazione delle nuove tariffe avverrà ai sensi del D.Lgs. n. 502/92, art. 8 *sexies*, comma 5; saranno, quindi, determinate *“le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza”;*

-di quanto di recente statuito in materia con il decreto commissariale n. 32 in data 18.07.2012, recante: “Decreto Commissario ad acta n. 48 del 2 luglio 2010-Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.). Sentenza TAR Molise n. 152/2012 Reg. Prov. Coll. Annullamento DCA n. 4872010. Determinazioni conseguenti. Disciplina intertemporale.”;

**RILEVATO** altresì che, con Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 è stato introdotto nel nostro ordinamento il principio del pareggio di bilancio e che l'art. 81 Cost., completamente novellato, sancisce che: “*l'equilibrio fra le entrate e le spese tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico*” e consente, al secondo comma, il ricorso all'indebitamento solo “*al verificarsi di eventi eccezionali*” e sempre tenendo in considerazione “*le fasi del ciclo economico*”;

**CONSIDERATO** pertanto che, nell'ottica della necessità di garantire un bilanciamento di interessi tra il diritto alla salute ed il cd. principio del “pareggio di bilancio” e bilanciamento con l'equilibrio finanziario, a sua volta funzionale alla protezione della salute, deve essere letta la determinazione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquistabili da privato (cfr. sentt. Corte Cost. nn. 267/98, 304/94, 218/94);

**TENUTO CONTO**, altresì, che il suddetto principio, è stato pure affermato dalla Corte Costituzionale in numerose occasioni, nel senso che, l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa, ciò in quanto le norme statali che fissano limiti alla spesa di enti pubblici regionali sono espressione della finalità di coordinamento finanziario, per cui il legislatore statale può legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari (cfr. ex plurimis, sentenza Corte Costituzionale n. 163/2011);

**DATO ATTO**, altresì di quanto affermato dal Consiglio di Stato, Ad Plen. 12 aprile 2012, n. 3, in ordine al fatto che: “... L'art. 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, affida alle Regioni il compito *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 tale disciplina, spetta ad un atto autoritativo e vincolante di 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 >>*;

**RILEVATO** che, nella citata sede si statuisce che: << ... *La imposizione di tetti di spesa per le strutture private accreditate con il SSN è da ritenere legittima, date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica ed atteso che il diritto alla salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, può essere sottoposto a condizioni che ne armonizzino la protezione con i vincoli finanziari a patto di non scalfirne il nucleo essenziale irriducibile. Le Regioni, nell'esercitare tale potestà programmatica, godono di un ampio potere discrezionale, chiamato a bilanciare interessi diversi, ossia l'interesse pubblico al contenimento della spesa, il diritto degli assistiti alla fruizione di prestazioni sanitarie adeguate, le legittime aspettative degli operatori privati che ispirano le loro condotte ad una logica imprenditoriale e l'assicurazione dell'efficienza delle strutture pubbliche che costituiscono un pilastro del sistema sanitario universalistico.>>*;



**DATO ATTO** che nella citata sentenza si legge che:

*<<...conformemente a quanto già affermato in precedenza (v. Cons. Stato, Ad. Plen., decisione 2 maggio 2006, n. 8), debbono in linea di massima ritenersi legittimi i tetti di spesa sanitaria fissati dalla Regione nel corso dell'esercizio finanziario, che dispiegano i propri effetti anche sulle prestazioni già erogate, atteso che "la retroattività dell'atto di determinazione della spesa non vale ad impedire agli interessati di disporre di un qualunque punto di riferimento regolatore per lo svolgimento della loro attività">> e ancora che: <<...L'esercizio, con effetto ex tunc, del potere di programmazione della stesa sanitaria regionale va svolto in guisa da bilanciare l'esigenza del contenimento della spesa con la pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate e, soprattutto, con l'interesse degli operatori privati ad agire con un logica imprenditoriale sulla base di un quadro, nei limiti del possibile, certo e chiaro circa le prestazioni remunerabili e le regole applicabili...>>;*

#### **RICHIAMATI:**

- il decreto commissariale n. 95 del 07.11.2011: *"Riparto provvisorio del fondo sanitario regionale di parte corrente-anno 2012-e livelli di spesa-determinazioni"*;
- il decreto commissariale n. 21 del 31.05.2012: *"Riparto provvisorio del fondo sanitario regionale di parte corrente-anno 2012-e livelli di spesa-Ulteriori determinazioni"*;



**RICHIAMATO** il decreto commissariale n. 3 del 06/02/2012 recante: *"Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009. Definizione in via provvisoria dei piani delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2012, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. – Autorizzazione provvisoria budget anno 2012 – Provvedimenti."*;

**RICHIAMATO** in particolare, l'art. 15 del D.L. n. 95 in data 6 luglio 2012 recante: *" Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"*, che al comma 14 prevede che: *"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."*;

**CONSIDERATO** che le suesposte misure sono state dettate dalla straordinaria necessità ed urgenza di emanare disposizioni, nell'ambito dell'azione del Governo volta all'analisi ed alla revisione della spesa pubblica, per la razionalizzazione della stessa, attraverso la riduzione delle spese per acquisti di beni e servizi, garantendo al contempo l'invarianza dei servizi ai cittadini, nonché per garantire il contenimento e la stabilizzazione della finanza pubblica;

**RITENUTO** pertanto, in ottemperanza a quanto disposto con il D.L. 95/2012, di provvedere, nella fissazione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera ( per acuti e di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica) erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'anno 2012, ad applicare ai valori della spesa consuntivata per l'anno 2011, nel limite invalicabile del budget assegnato con i contratti a suo tempo sottoscritti, la menzionata decurtazione dell'importo tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012;

**CONSIDERATO** che, ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del D.lgs. n. 502/92 e s.m. e i., le Strutture private accreditate possono erogare prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale solo nei limiti del contratto stipulato con la ASL o la Regione territorialmente competenti;

Il Presidente della Giunta Regionale - Commissario ad acta



**RILEVATA**, pertanto, la necessità di procedere alla fissazione, dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2012, al fine di consentire l'avvio dei procedimenti preordinati alla stipula dei contratti di budget per l'anno 2012;

**RITENUTO**, in adempimento, tra l'altro, a quanto disposto con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20/01/2012, ai punti 8) e 9) succitati:

- di definire, i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera (per acuti e di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica) erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'anno 2012, con applicazione della riduzione, in ottemperanza a quanto disposto giusto D.L.n. 95 in data 6 luglio 2012, come di seguito indicato:

**Spesa Consuntivata  
Assistenza Ospedaliera  
anno 2011**

Tipologia Assistenza	Privati Accreditati ASReM			IRCCS Neuromed			Fondazione "Giovanni Paolo II"			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Ospedaliera	8.203.546	3.734.000	11.937.546	4.100.000	22.495.994	26.595.994	19.331.000	12.992.671	32.323.671	31.634.546	39.222.665	70.857.211
Funzioni							500.000		500.000	500.000		500.000
Totale	8.203.546	3.734.000	11.937.546	4.100.000	22.495.994	26.595.994	19.831.000	12.992.671	32.823.671	32.134.546	39.222.665	71.357.211

**TETTI DI SPESA**

**ANNO 2012**

(con applicazione della Riduzione del 0,5 % DL 6 luglio 2012 , n. 95)

Tipologia Assistenza	Privati Accreditati ASReM			IRCCS Neuromed			Fondazione "Giovanni Paolo II"			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Ospedaliera	8.162.528	3.715.330	11.877.858	4.079.500	22.383.514	26.463.014	19.234.345	12.927.707	32.162.052	31.476.373	39.026.551	70.502.925
Funzioni							497.500		497.500	497.500		497.500
Totale	8.162.528	3.715.330	11.877.858	4.079.500	22.383.514	26.463.014	19.731.845	12.927.707	32.659.552	31.973.873	39.026.551	71.000.425



Tipologia Assistenza	Privati Accreditati ASReM			IRCCS Neuromed			Fondazione "Giovanni Paolo II"			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Ospedaliera	-41.018	-18.670	-59.688	-20.500	-112.480	-132.980	-96.655	-64.963	-161.618	-158.173	-196.113	-354.286
Funzioni	0	0	0	0	0	0	-2.500	0	-2.500	-2.500	0	-2.500
Totale	-41.018	-18.670	-59.688	-20.500	-112.480	-132.980	-99.155	-64.963	-164.118	-160.673	-196.113	-356.786

-di stabilire che la contrattazione avverrà secondo lo schema contrattuale di budget ed i contenuti di cui al relativo decreto commissariale di approvazione e che, nelle more, è prorogato il contratto 2011, salve le riduzioni dei volumi delle prestazioni in relazione al budget determinato, in applicazione di quanto disposto dall'art. 15, comma 14 del D.L.n. 95 in data 6 luglio 2012;

-di stabilire che, eventuali variazioni rispetto alle previsioni delle indicazioni di spesa previste per le attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale, dopo le necessarie verifiche a consuntivo, potranno essere oggetto di compensazione, tra l'una e l'altra attività, fermo restando il tetto complessivo di spesa non superabile oggetto della contrattazione; il tutto al fine di consentire la piena attuazione del regime assistenziale del Day Service o chirurgia ambulatoriale complessa, giusta DCA n. 83/11 recante: "Istituzione della "Chirurgia Ambulatoriale Complessa" (Branca 80). Classificazione delle prestazioni e Tariffazione. Linee Guida e Modalità applicative";

- di precisare che tali piani delle prestazioni di assistenza ospedaliera sono onnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe approvate con il decreto commissariale n. 32 del 18 luglio 2012;

-di stabilire che i predetti potranno subire variazioni a seguito di interventi da parte dei competenti Dicasteri della Salute e dell'Economia, nell'ambito della loro attività di vigilanza e monitoraggio;

-di trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate;

In virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 20.01.2012 ;

## DECRETA

1.di dare atto che quanto in premessa indicato è parte integrante del presente provvedimento;

2.in adempimento, tra l'altro, a quanto disposto con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 20/01/2012, ai punti 8) e 9) succitati, ed al fine di consentire l'avvio delle trattative finalizzate alla stipula degli accordi contrattuali di budget per l'anno 2012:

3.di definire, i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera ( per acuti e di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica) erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente per l'anno 2012, con applicazione della riduzione, in ottemperanza a quanto disposto giusto D.L.n. 95 in data 6 luglio 2012, come di seguito indicato:

**Spesa Consuntivata  
Assistenza Ospedaliera  
anno 2011**

Tipologia Assistenza	Privati Accreditati ASReM			IRCCS Neuromed			Fondazione "Giovanni Paolo II"			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Ospedaliera	8.203.546	3.734.000	11.937.546	4.100.000	22.495.994	26.595.994	19.331.000	12.992.671	32.323.671	31.634.546	39.222.665	70.857.211
Funzioni							500.000		500.000	500.000		500.000
<b>Totale</b>	<b>8.203.546</b>	<b>3.734.000</b>	<b>11.937.546</b>	<b>4.100.000</b>	<b>22.495.994</b>	<b>26.595.994</b>	<b>19.831.000</b>	<b>12.992.671</b>	<b>32.823.671</b>	<b>32.134.546</b>	<b>39.222.665</b>	<b>71.357.211</b>

**TETTI DI SPESA**

**ANNO 2012**

(con applicazione della Riduzione del 0,5 % DL 6 luglio 2012 , n. 95)

Tipologia Assistenza	Privati Accreditati ASReM			IRCCS Neuromed			Fondazione "Giovanni Paolo II"			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Ospedaliera	8.162.528	3.715.330	11.877.858	4.079.500	22.383.514	26.463.014	19.234.345	12.927.707	32.162.052	31.476.373	39.026.551	70.502.925
Funzioni							497.500		497.500	497.500		497.500
<b>Totale</b>	<b>8.162.528</b>	<b>3.715.330</b>	<b>11.877.858</b>	<b>4.079.500</b>	<b>22.383.514</b>	<b>26.463.014</b>	<b>19.731.845</b>	<b>12.927.707</b>	<b>32.659.552</b>	<b>31.973.873</b>	<b>39.026.551</b>	<b>71.000.425</b>



Tipologia Assistenza	Privati Accreditati ASReM			IRCCS Neuromed			Fondazione "Giovanni Paolo II"			TOTALE		
	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale	Molise	Fuori Regione	Totale
Ospedaliera	-41.018	-18.670	-59.688	-20.500	-112.480	-132.980	-96.655	-64.963	-161.618	-158.173	-196.113	-354.286
Funzioni	0	0	0	0	0	0	-2.500	0	-2.500	-2.500	0	-2.500
Totale	-41.018	-18.670	-59.688	-20.500	-112.480	-132.980	-99.155	-64.963	-164.118	-160.673	-196.113	-356.786

4.di stabilire che la contrattazione avverrà secondo lo schema contrattuale di budget ed i contenuti di cui al relativo decreto commissariale di approvazione e che, nelle more, è prorogato il contratto 2011, salve le riduzioni dei volumi delle prestazioni in relazione al budget determinato, in applicazione di quanto disposto all'art. 15, comma 14 del D.L.n. 95 in data 6 luglio 2012;

5.di stabilire che, eventuali variazioni rispetto alle previsioni delle indicazioni di spesa previste per le attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale, dopo le necessarie verifiche a consuntivo, potranno essere oggetto di compensazione, tra l'una e l'altra attività, fermo restando il tetto complessivo di spesa non superabile oggetto della contrattazione; il tutto al fine di consentire la piena attuazione del regime assistenziale del Day Service o chirurgia ambulatoriale complessa, giusta DCA n. 83/11 recante: "Istituzione della "Chirurgia Ambulatoriale Complessa" (Branca 80). Classificazione delle prestazioni e Tariffazione. Linee Guida e Modalità applicative";

6.di precisare che tali piani delle prestazioni di assistenza ospedaliera sono onnicomprensivi e non prevedono la remunerazione di altre voci di spesa, oltre le tariffe approvate con il decreto commissariale n. 32 del 18 luglio 2012;

7.di stabilire che i predetti potranno subire variazioni a seguito di interventi da parte dei competenti Dicasteri della Salute e dell'Economia, nell'ambito della loro attività di vigilanza e monitoraggio;

8.di trasmettere il presente provvedimento alle Strutture interessate.



Il presente decreto, composto da n. 11 pagine e da n. 1 allegati rispettivamente di pagine 1, sarà pubblicato sul B.U.R.M. e sarà notificato ai competenti Dicasteri.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**  
(On. Dott. Angelo Michele IORIO)



Visto:  
il SUB-COMMISSARIO AD ACTA  
(Dr. Nicola ROSATO)

