



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. 41

IN DATA 25/06/2020

OGGETTO: Decreto del Commissario ad acta n. 41 del 10.04.2019 ad oggetto "*Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019, nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.*". Proroga.

Il Responsabile dell'istruttoria

Dott.ssa Stefania Pizzi

Il Direttore del Servizio

**Programmazione Rete Ospedaliera
Pubblica e Privata e Reti Territoriali**

Dott.ssa Lolita Gallo

Il Direttore Generale per la Salute

Dott.ssa Lolita Gallo

Il Sub Commissario Ad Acta

Dott.ssa Ida Grossi



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. 41

IN DATA 25/06/2020

OGGETTO: Decreto del Commissario ad acta n. 41 del 10.04.2019 ad oggetto "*Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019, nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.*". Proroga.

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 Subcommissario *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);

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 il contenuto del presente atto è coerente con il quadro di programmazione e pianificazione dell'originario Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario, e con la configurazione del sistema assistenziale sanitario di cui al *“Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018”*;

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.;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e s.m.i. recante *“Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”*;

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.”*;

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 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR del 03 dicembre 2009);

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;

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 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”*;
- la Legge Regionale 10 maggio 2019, n.5, *“Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2019-2021”*

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.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 60 del 16 novembre 2017 *“DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Provvedimenti.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 21 del 02 marzo 2018 – *“Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 “Riequilibrio Ospedale-Territorio” - “Documento riorganizzazione delle Reti Territoriali”. Approvazione.”*

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. 41 del 10 aprile 2019 ad oggetto *“Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019, nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario della Regione Molise. Provvedimenti.”*

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 29 aprile 2019 ad oggetto *“DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2019. Determinazioni.”*

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 69 del 23 maggio 2019 ad oggetto *“Approvazione degli schemi contrattuali per l'acquisto di prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019. Provvedimenti.”*;

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 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. 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);

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 [...]”*;

RAVVISATA la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, orientando l'attività assistenziale verso forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, anche al fine di valorizzare maggiormente la qualità dell'assistenza;

ATTESO che 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”* al CAPO III (*“Assistenza distrettuale”*) individua all'art. 3 (*“Aree di attività dell'assistenza distrettuale”*) le diverse aree di attività in cui si articola l'assistenza distrettuale, specificando alla lett. i) l'*“Assistenza sociosanitaria residenziale e residenziale”*;

CONSIDERATO, altresì, che il citato DPCM al successivo Capo IV *“Assistenza sociosanitaria”* dispone in merito all'assistenza sociosanitaria - quale ambito dell'assistenza distrettuale - prevedendo che nella stessa sia compresa l'erogazione di percorsi assistenziali integrati, ovvero di percorsi assistenziali a carattere territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale con l'erogazione congiunta di attività e prestazioni rientranti nell'area sanitaria e nell'area dei servizi sociali;

ATTESO che, nello specifico, il DPCM del 12 gennaio 2017:

- all'art. 29 (*Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario*) prevede che *“1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore.”*;

- all'art. 30 (*Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti*) prevede che *“1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.[...] b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.”*;

- all'art. 34 (*Assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità*) prevede che *“1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, [...] a)*

trattamenti di riabilitazione intensiva [...]; b) trattamenti di riabilitazione estensiva [...]; c) trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue [...].” e che “3. I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie: a) trattamenti di riabilitazione estensiva [...]; b) trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue [...].”;

DATO ATTO, pertanto, che il sopra citato DPCM, agli articoli n. 29, n. 30 e n. 34, ha regolamentato l'attività assistenziale del SSN svolta a favore di persone con patologie non acute che presentano un alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità nonché di persone non autosufficienti e inoltre di persone con disabilità, sia in ambito residenziale che semiresidenziale, evidenziando la necessità, a garanzia del principio di appropriatezza, di una valutazione multidimensionale preliminare alla presa in carico dell'assistito e alla scelta della tipologia di struttura più idonea;

CONSIDERATO che già il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 ha previsto, con specifico riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, che gli stessi siano basati sull'integrazione dell'offerta pubblico/privato al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria;

PRESO ATTO che l'ultima programmazione regionale, in ossequio alla normativa di riferimento, alle osservazioni dei Tavoli tecnici per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e alla nuova configurazione delle reti assistenziali, ha stabilito specifici obiettivi in materia di acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati con il SSR, tra i quali, in particolare, il recupero della mobilità passiva extra-regionale per una quota di almeno il 40%;

RILEVATO la necessità di assicurare, in continuità con l'anno 2019, un potenziamento dell'offerta regionale atta a garantire il fabbisogno delineato e conseguentemente idonea a favorire il recupero della mobilità passiva, anche nell'ottica dell'integrazione ospedale/territorio;

TENUTO CONTO che il DPCM 12 gennaio 2017 ha costituito, altresì, il presupposto giuridico del Decreto Commissariale n. 60 del 16 novembre 2017, con il quale è stata approvata la classificazione delle strutture, dei livelli d'intensità di cure e delle relative tariffe per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili della Regione Molise;

RITENUTO, pertanto, di prorogare per l'anno 2020 e comunque non oltre l'approvazione del Programma Operativo 2019-2021, i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria, fissati con il DCA n. 41/2019 citato, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente, 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 <i>[Valori espressi in €]</i>	
---	--

MACROAREA DELLA RIABILITAZIONE

PRIVATI ASREM	Totale
<i>TETTO DI SPESA</i>	16.349.580

RITENUTO, altresì, di considerare i tetti di spesa fissati per l'assistenza riabilitativa quale limite invalicabile ed onnicomprensivo per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati, secondo la classificazione data dal DCA n. 60/2018 e dal DCA n. 48/2019, anche in coerenza con le finalità proprie del presente provvedimento;

RITENUTO di destinare il budget previsto per l'assistenza riabilitativa, alle prestazioni residenziali extraospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali e di assistenza socio sanitaria, anche nell'ottica del recupero della mobilità passiva, per il potenziamento della complessiva capacità d'offerta regionale attraverso tutte le strutture presenti sul territorio, ferma restando l'invarianza del limite complessivamente fissato;

RITENUTO, inoltre, di:

- stabilire 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, con applicazione di quanto previsto dal D.lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. in materia di sospensione dell'accreditamento istituzionale;

- stabilire, altresì, che in caso di adozione di successivi provvedimenti di modifica del tetto di spesa oggetto di proroga con il presente atto, le prestazioni già erogate entro l'attuale limite finanziario, parteciperanno alla concorrenza del nuovo budget fissato per ciascuna struttura;

- stabilire 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 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:

- di prorogare per l'anno 2020 e comunque non oltre l'approvazione del Programma Operativo 2019-2021, i limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria, fissati con il DCA n. 41/2019 citato, erogate dai soggetti privati accreditati istituzionalmente, 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 <i>[Valori espressi in €]</i>

MACROAREA DELLA RIABILITAZIONE

PRIVATI ASREM	Totale
<i>TETTO DI SPESA</i>	16.349.580

- di considerare i tetti di spesa fissati per l'assistenza riabilitativa quale limite invalicabile ed omnicomprensivo per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati, secondo la classificazione data dal DCA n. 60/2018 e dal DCA n. 48/2019, anche in coerenza con le finalità proprie del presente provvedimento;

- di destinare il budget previsto per l'assistenza riabilitativa, alle prestazioni residenziali extraospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali e di assistenza socio sanitaria, anche

nell'ottica del recupero della mobilità passiva, per il potenziamento della complessiva capacità d'offerta regionale attraverso tutte le strutture presenti sul territorio, ferma restando l'invarianza del limite complessivamente fissato;

- di stabilire 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, con applicazione di quanto previsto dal D.lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. in materia di sospensione dell'accreditamento istituzionale;

- di stabilire, altresì, che in caso di adozione di successivi provvedimenti di modifica del tetto di spesa oggetto di proroga con il presente atto, le prestazioni già erogate entro l'attuale limite finanziario, parteciperanno alla concorrenza del nuovo budget fissato per ciascuna struttura;

- di stabilire 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;

- di trasmettere il presente provvedimento 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 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. 8 pagine, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
dott. Angelo Giustini

