

REGIONE CALABRIA

Proposta di DCA n. 38 del 21.02.2019
Registro proposte del Dipartimento Tutela della Salute

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018)

DCA n. 38 del 22 FEB. 2019

OGGETTO: Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera con oneri a carico del SSR - ANNO 2019

**Il Dirigente Generale
Dott. Antonio Belcastro**

Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 38 del 22 FEB. 2019

OGGETTO: Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera con oneri a carico del SSR - ANNO 2019

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 Dicembre 2018, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali, è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario della Regione Calabria il Gen. Dott. Savario Cotticelli;

RICHIAMATA la medesima deliberazione del Consiglio dei Ministri con la quale è stato nominato Thomas Schael sub commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RICHIAMATA la medesima deliberazione del Consiglio dei Ministri con la quale sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare per proseguire nell'attuazione dei Programmi operativi 2016-2018 nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi (PO) 2019-2021, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

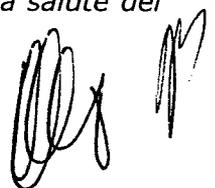
1. Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli standard di riferimento, in particolare con riguardo all'adesione agli screening oncologici, all'assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;
2. Completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
3. Definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;
4. Monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
5. Revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
6. Completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
7. Completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);

8. Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;
9. Razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
10. Interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
11. Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
12. Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale;
13. Sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e sm.i.;
14. Attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
15. Definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
16. Interventi per la razionalizzazione della spesa relativa alla medicina di base;
17. Adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
18. Rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi Operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
19. Puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio Sanitario Regionale;
20. Puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
21. Conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all' ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
22. Puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;
23. Prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità;
24. Programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale;

DATO ATTO che con DCA n. 119 del 4/11/2016 è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i. e che nell'attesa dell'adozione e attuazione dei Programmi Operativi (PO) 2019-2021 il vigente PO 2016/2018 di cui al citato DCA 119/2016 resta in vigore e dovrà essere completato.

DATO ATTO che tra le azioni e gli interventi prioritari assegnati al Commissario ad acta con la citata deliberazione del CdM sono indicati:

- al punto 2 il *"Completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;*



- al punto 11 la "Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente";

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Programma Operativo 2016-2018 - Adempimento 2.3. "Area autorizzazione accreditamento e rapporto con gli erogatori" nonché con gli interventi e le azioni prioritari assegnati al Commissario ad acta;

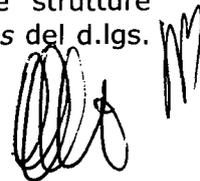
VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

ESAMINATO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni" e, in particolare:

- l'art. 8-bis, comma 1, che stabilisce che "le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 avvalendosi dei Presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende universitarie e dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies";
- l'art. 8-quater, comma 2, che prevede che 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 al suddetto art. 8-quinquies;
- l'art. 8-quater, comma 8, per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera 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 servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi di programmazione nazionale;

RICHIAMATI i consolidati assunti giurisprudenziali, secondo i quali:

- la stipula degli accordi ex art. 8-quinquies del citato D.Lgs. è condizione indispensabile per l'erogazione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale;
- la prassi degli operatori economici accreditati, che, pur rifiutandosi di sottoscrivere l'accordo proposto loro dalle Aziende sanitarie locali, continuano ad eseguire prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale (oltre a configurare, in ipotesi, una fonte di responsabilità per danno erariale, in quanto finisce per porre a carico del bilancio regionale spese non legittimamente impegnate) non è più compatibile con l'attuale ordinamento giuridico;
- la determinazione dei limiti e delle condizioni delle prestazioni che l'Azienda sanitaria è disposta ad acquistare costituisce un vincolo contrattuale che il soggetto accreditato può liberamente accettare o rifiutare, se l'accordo non viene ritenuto conveniente, per cui, in definitiva, l'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale è, comunque, frutto di una scelta della struttura privata. In tale contesto, non sussiste possibilità alcuna per costringere uno dei contraenti (nella specie, l'Azienda sanitaria) ad impegnare somme superiori rispetto alle risorse disponibili. L'unico rimedio a disposizione della struttura privata accreditata - al cui titolare (che ha piena autonomia di gestione) compete di provvedere alla copertura di eventuali perdite - è che essa, a differenza delle strutture pubbliche, non ha l'obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti se non nel quadro di un accordo contrattuale con l'Azienda sanitaria ed entro il limite di spesa da questo contemplato" (ex pluribus Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater sentenza n. 10624/2018);
- la sospensione dell'accreditamento è una conseguenza automatica della mancata stipula degli accordi con le ASP, che segue ex legge ad essa, senza che alcuna valutazione discrezionale sia riservata all'Amministrazione, in quanto, nel sistema dell'accreditamento delle strutture sanitarie private l'assenza della sottoscrizione degli accordi di cui all'art. 8-quinquies del d.lgs.



30 dicembre 1992 n. 502, a prescindere dall'imputabilità del mancato accordo all'una o all'altra parte, comporta che l'attività sanitaria non può essere esercitata per conto e a carico del Servizio sanitario regionale (cfr. Consiglio di Stato, sez. Ili, 4 maggio 2012 n. 2561; T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. 1,24 gennaio 2013 n. 72);

CONSIDERATO, in particolare, che tra gli obiettivi individuati nel vigente P.O. rivestono particolare importanza quelli relativi all'acquisto delle prestazioni da privato, in coerenza e nel rispetto dei limiti massimi di spesa dettati dall'art. 15, comma 14, del D. L. 95/2012 convertito, con modificazioni, nella L. 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i;

DATO ATTO che la fissazione ed il rispetto dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato rappresenta un preciso ed ineludibile obbligo dettato da esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica nonché di rispetto dei vincoli di finanza pubblica al riguardo specificatamente stabiliti;

RILEVATO che, in tale quadro normativo, spetta alle Regioni di provvedere, con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con le risorse finanziarie del FSR e di distribuire le risorse disponibili per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché di provvedere alla determinazione dei tetti preventivi annuali delle prestazioni, assicurando l'equilibrio complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e finanziario.

CONSIDERATO che in attesa dell'adozione del provvedimento commissariale relativo al completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera si rende comunque necessario fissare il limite massimo di spesa per l'anno 2019 per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato con oneri a carico del SSR.

VALUTATO che in attesa della revisione ed attuazione del provvedimento di completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, per l'anno in corso è ritenuto congruo il limite massimo di spesa già programmato e finanziato per l'anno 2018 tenuto conto di quanto di seguito specificato:

- che allo stato non sono consolidati dati aggiornati di mobilità passiva extraregionale rispetto a quelli utilizzati nella definizione dei limiti massimi di spesa definiti per l'anno 2018 e che pertanto risultando allo stato impossibile determinare i primi 50 DRG da considerarsi ai fini della riduzione della mobilità passiva ed incremento dell'erogazione regionale;
- che le risorse finanziarie già assegnate per le fratture di femore nell'anno 2018 agli ospedali Hub della Regione restano ricomprese nelle disponibilità finanziarie complessiva del limite massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato eliminando conseguentemente criteri e procedure al riguardo già stabilite per l'anno 2018;
- che il finanziamento a funzioni già assegnato alla Casa di Cura Villa S. Anna dell'ASP di Catanzaro per l'anno 2018, a decorrere dall'anno in corso è soppresso in considerazione del fatto che la struttura di cui trattasi non risulta autorizzata e accreditata per attività di pronto soccorso e che le attività di rianimazione e di terapia intensiva cardiologica risultano necessari per l'accreditamento ed i cui costi sono peraltro remunerati dalla tariffa omnicomprensiva di cui ai correlati DRG prodotti;
- che il finanziamento per funzioni è accantonato limitatamente alla quota di euro 2.300.00,00 da ripartire a consuntivo con separato atto;

CONSIDERATO che nella definizione del limite massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera si è dovuto, inoltre, tenere conto che con DCA n. 238 del 5 dicembre 2018, in attuazione della sentenza n. 1636/2018, per le Case di Cura Policlinico Madonna della Consolazione è stato rideterminato il valore massimo per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2018, che in attuazione della sentenza n. 3859/2018 per la Casa di Cura Sant'Anna Hospital è stato determinato il valore massimo per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera 2018, che analogamente in attuazione della sentenza n. 2061/2018 per la Casa di Cura Madonna dello Scoglio è stato rideterminato il valore massimo per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera 2018;



CONSIDERATO

- che al fine di acquisire ogni elemento informativo utile alla definizione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato per l'anno 2019 si sono svolti presso la sede del Dipartimento Regionale Tutela della Salute specifici incontri con i Direttori Generali e i Commissari delle ASP;
- che gli elementi acquisiti nel corso dei medesimi incontri sono state oggetto di specifica valutazione in ordine sia ai fabbisogni assistenziali da garantire all'utenza, sia in ordine alla compatibilità economica con le risorse finanziarie a tal fine disponibili, sia in relazione alle attività di ricovero rese dalle strutture pubbliche;

DATO ATTO che prima dell'adozione del presente atto, in appositi e specifici incontro tenutosi presso la sede del Dipartimento regionale Tutela della Salute, si sono svolti specifici incontri tra la struttura commissariale, il dipartimento della salute e i rappresentanti delle associazioni degli erogatori privati accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera maggiormente rappresentative su scala regionale, in ordine alla definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2019, ovvero in ordine ad altre e rilevanti argomenti trattati e valutati le cui posizioni in merito sono riportati nei relativi verbali controfirmati dalle parti e custoditi in atti presso il dipartimento tutela della salute;

RITENUTO pertanto che, in attesa dell'adozione del provvedimento di revisione ed attuazione della nuova rete assistenziale ospedaliera, è valutato congruo definire per l'anno 2019, in € 188.398.618,33 il limite massimo di finanziamento complessivo per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato con oneri a carico del SSR per l'anno 2019, di cui € 57.701.282,40 per prestazioni di assistenza ospedaliera per post acuti, € 130.697.335,93 per prestazioni ospedaliere per acuti ed € 2.300.000,00 quale accantonamento per funzioni non tariffate, che saranno ripartiti a consuntivo con successivo e separato atto del Commissario ad acta; nella tabella allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale è ripartito il limite massimo di finanziamento per ciascuna strutture privata accreditata afferente alle ASP della Regione;

RITENUTO di fissare la data del 28 febbraio 2019 quale termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP e Strutture erogatrici per l'anno 2019;

STABILITO che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, in mancanza di titolo contrattuale, dal 1 marzo 2019 cesserà la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera con oneri a carico del SSR e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-*quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

ESAMINATI

il DCA n. 81 del 22 luglio 2016 con il quale è stato approvato il nuovo regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008 e s.m.i. e i nuovi Manuali di Autorizzazione e Accreditamento e in particolare l'Allegato recante requisiti specifici delle strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera;

RICHIAMATO quanto stabilito nel DCA n. 1 del 10.01.2019;

VISTI:

- il D.Lgs.30 dicembre.1992, n.502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L.23 ottobre 1992,n.421);
- il D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012, ed in particolare il comma 14 dell'art. 15, come modificato dall'art. 1, comma 574, della L. 208/2015;
- il D.L. 78/2015 convertito con modificazioni dalla L. 125/2015, ed, in particolare, il comma 7 dell'art. 9 quater;
- l'art. 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, modificato dall'art. 1, comma 578, L. 28 dicembre 2015, n. 208;
- l'art. 17, comma 1, lettera a) del decreto-legge 6 luglio 2011, n.98, convertito, con

- modificazioni, nella legge 15 luglio 2011, n.111;
- il D.P.C.M. 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) ed in particolare l'art. 64 comma 2;

ATTESO che ad oggi non risulta intervenuta alcuna modifica del quadro normativo su evidenziato, secondo quanto disposto dall'art. 64, comma 2, del D.P.C.M.12 gennaio 2017;

CONSIDERATO che l'adozione del presente atto riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla preventiva definizione dei limiti massimi di spesa e conseguentemente alla stipula dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra le ASP e le strutture private accreditate per l'anno 2019;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale di:

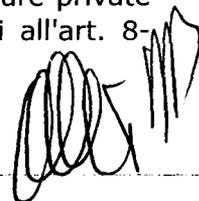
STABILIRE che i limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato, di cui al presente provvedimento, sono definiti in attesa del completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al punto 2 delle azioni e interventi prioritari assegnati al Commissario ad acta dalla deliberazione del CdM del 7 dicembre 2018;

DEFINIRE per l'anno 2019 in € 188.398.618,33 il limite massimo di finanziamento complessivo per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato con oneri a carico del SSR, di cui € 57.701.282,40 per prestazioni di assistenza ospedaliera per post acuti, € 130.697.335,93, per come indicato nella tabella allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;

STABILIRE che la somma complessiva di € 2.300.000,00 quale accantonamento per funzioni non tariffate, sarà ripartita a consuntivo con successivo e separato atto del Commissario ad acta;

PRECISARE

- che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente e nei limiti massimi di finanziamento stabiliti dal presente DCA;
- che le competenti ASP dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate e in caso di accertata difformità dovranno dare tempestiva e specifica comunicazione al Dipartimento regionale Tutela della Salute e al Commissario ad acta;
- che le ASP dovranno sottoscrivere il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici con le strutture private accreditate sulla base dello schema tipo di contratto definito con DCA n. 92/2015 e s.m.i. per come da ultimo modificato dal DCA n. 174 del 15/10/2018;
- che le strutture sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;
- che è fatto obbligo alle ASP di trasmettere e monitorare i relativi flussi informativi previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali in materia e di verificare la piena corrispondenza tra i flussi regionali e nazionali anche ai fini della garanzia dei LEA.
- che i livelli massimi di finanziamento fanno riferimento anche alle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e che pertanto, l'acquisto delle prestazioni e il conseguente finanziamento che sarà attribuito dalle ASP alle strutture private insistenti sul proprio territorio, dovranno comprendere anche le prestazioni erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;
- che le prestazioni potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate ed accreditate e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-



quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.;

- che gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nei contratti di acquisto delle prestazioni che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;
- che il livello massimo di finanziamento assegnato deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato alle singole strutture private accreditate che insistono sul territorio di ciascuna ASP;

PRECISARE, ai fini della sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP ed erogatori privati accreditati per l'acquisto delle prestazioni di cui al presente decreto, quanto segue:

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASP territorialmente competente di verificare, periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti stabiliti dalla normativa regionale vigente in materia necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del SSR nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente provvedimento;
- qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di risorse assegnabili, con la conseguenza che, a far data dalla notificazione del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatto salvo quanto previsto nei singoli provvedimenti commissariali di sospensione o revoca del titolo di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale; in caso di contenzioso, l'ASP accantonerà a valere sul limite di spesa le somme eventualmente spettanti alla struttura ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso;

FISSARE la data del 28 febbraio 2019 come termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra strutture private e ASP per l'anno 2019;

DARE MANDATO ai Direttori Generali e ai Commissari delle ASP:

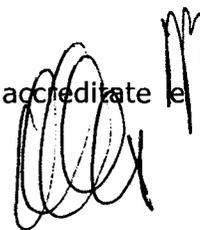
- di sottoscrivere i contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento, secondo lo schema di contratto approvato con DCA n. 92/2015 e s.m.i, entro e non oltre la data del 28 febbraio 2019 precisando che in caso di inottemperanza sarà data formale comunicazione alla Corte dei Conti;
- di inviare immediatamente alla Struttura Commissariale e al Dipartimento Regionale Tutela della Salute la comunicazione della sottoscrizione o della rinuncia alla sottoscrizione del accordo/contratto da parte dell'erogatore ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, D.Lgs.n.502/92 e s.m.i.;
- di pubblicare sul proprio sito web istituzionale, ai sensi dell'art. 41, comma 4, del Decreto legislativo 14/03/2013, n. 33, i contratti stipulati con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento;

STABILIRE che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies del del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., in mancanza di titolo contrattuale, dal 1 marzo 2019 cesserà la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

PRECISARE che i limiti massimi di spesa 2019 definiti con il presente provvedimento per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato devono comunque assorbire la produzione appropriata erogata nei mesi di gennaio e febbraio 2019 per come già stabilito con DCA n. 1 del 10.01.2019.

FARE OBBLIGO

- alle ASP di monitorare l'andamento delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate e



contrattualizzate sia al fine di segnalare eventuali scostamenti rispetto alla programmazione dei limiti massimi di finanziamento di cui al presente provvedimento e sia eventuali discrasie rispetto ai bisogni assistenziali della popolazione di riferimento proponendo eventualmente opportuni correttivi ai limiti massimi di finanziamento assegnati.

- a tutti gli erogatori d'inviare i flussi informativi relativi alle prestazioni rese dalle strutture private accreditate di cui trattasi, secondo le modalità e le tempistiche previste dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia;

PRECISARE

- che le prestazioni di cui trattasi potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate e accreditate e che abbiano sottoscritto il contratto di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.;
- che le strutture sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;
- che il volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa stabilito con il presente atto, deve essere distinto, nel relativo contratto, per volumi e tipologia di prestazioni;

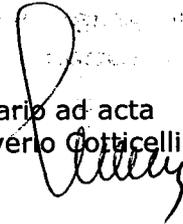
INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro", dedicato alla documentazione relativa ai Piani di rientro.

DARE MANDATO al Dirigente Generale del dipartimento regionale Tutela della Salute per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11, nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub-Commissario
Thomas Schael



Il Commissario ad acta
Gen. Dott. Saverio Cotticelli



**TABELLA RELATIVA ALLA ASSEGNAZIONE DEI TETTI DI SPESA
PER ACUTI E POST-ACUTI
ANNO 2019**

Casa di Cura	Totale post acuti 2019	totale acuti 2019	Accantonamento per funzioni non tariffate da ripartire a consuntivo con separato atto	Assegnazione complessiva per struttura, quale somma di acuti + post acuti per il 2019
Casa di cura Villa del Sole CS	1.227.954,89	3.596.084,04		4.824.038,93
Casa di Cura Tricarico Rosano srl	0,00	13.260.947,34		13.260.947,34
Casa di cura Cascini San Luca srl	614.587,96	6.781.637,26		7.396.225,22
Casa di cura Scarnati	0,00	5.431.478,17		5.431.478,17
Casa di cura Misasi San Bartolo	3.366.895,88	0,00		3.366.895,88
Medical Hotel climat. Spes Pietro Arena	1.954.290,54	0,00		1.954.290,54
Casa di cura San Francesco	4.261.545,95	0,00		4.261.545,95
Il Greco Ospedali Riuniti	9.183.017,47	8.773.731,36		17.956.748,83
Totale Cosenza	20.608.292,69	37.843.878,17		58.452.170,86
	0,00	0,00		0,00
Casa di cura S. Rita Dott. Caparra	2.083.037,27	0,00		2.083.037,27
Istituto S. Anna	14.140.057,80	0,00		14.140.057,80
Romolo Hospital	484.045,91	6.754.668,89		7.238.714,79
Marrelli Healt (ex Calabrodental + Marrelli Hospital)	0,00	7.034.606,98		7.034.606,98
Casa di cura Sadel	1.004.822,49	0,00		1.004.822,49
Casa di cura Madonna dello Scoglio	0,00	2.327.217,61		2.327.217,61
Totale Crotone	17.711.963,48	16.116.493,48		33.828.456,95
	0,00	0,00		0,00
Casa di cura Villa del Sole	4.150.509,16	7.177.977,62		11.328.486,77
Casa di cura Villa Serena	2.556.495,49	5.231.167,17		7.787.662,66
Casa di cura Villa Michelino	1.730.262,35	3.164.585,10		4.894.847,44
Casa di cura Sant'Anna Hospital	206.008,11	29.078.443,63		29.284.451,74
Totale Catanzaro	8.643.275,11	44.652.173,51		53.295.448,62
	0,00	0,00		0,00
Villa dei Gerani	2.054.147,29	2.425.153,19		4.479.300,48
Totale Vibo Valentia	2.054.147,29	2.425.153,19		4.479.300,48
	0,00	0,00		0,00
Istituto Ortopedico Mezzogiorno d'Italia	1.194.108,30	10.608.628,37		11.802.736,67
Casa di cura Villa Aurora	1.363.670,93	3.544.298,43		4.907.969,36
Policlinico Madonna della Consolazione	1.910.191,96	8.790.955,39		10.701.147,35
Casa di cura Caminiti	858.143,38	5.114.840,95		5.972.984,33
Casa di cura Villa S. Anna	0,00	1.600.914,44		1.600.914,44
Casa di cura Villa Elisa	3.357.489,27	0,00		3.357.489,27
Totale Reggio Calabria	8.683.603,84	29.659.637,58		38.343.241,42
Totale	57.701.282,40	130.697.335,93	2.300.000,00	188.398.618,33