REGIONE CALABRIA

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 12.3.2015)

DCA n. 87 **del** 24 APR. 2018

OGGETTO: P.O. 2016-2018 Azione 2.3.1 RAPPORTI CON GLI EROGATORI - Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti e post acuti, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, nonché per il finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. anno 2018 - ANNULLAMENTO D'UFFICIO IN AUTOTUTELA DEL DCA N.70 DEL 15/03/2018 E RIPROPOSIZIONE

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

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 87 **del** 24 APR. 2018

OGGETTO P.O. 2016-2018 Azione 2.3.1 RAPPORTI CON GLI EROGATORI - Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti e post acuti, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, nonché per il finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. anno 2018 - ANNULLAMENTO D'UFFICIO IN AUTOTUTELA DEL DCA N.70 DEL 15/03/2018 E RIPROPOSIZIONE

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;
VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;
VISTO l'articolo 4, commi I 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 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;
RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del D.L. n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.
VISTI gli esiti delle riunioni di verifica formulate dal Tavolo interministeriale nei verbali del 19 aprile 2016 e del 26 luglio 2016, con particolare riferimento al Programma Operativo 2016-2018;
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;
VISTA la L. 23/12/2014, n. 190 recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (legge di stabilità 2015) e s.m.i.;
VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale 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, e successive modificazioni;
VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico per l'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;
RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica,

nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli *standard* ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione 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 disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della L. 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;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. 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;

VISTA la nota 0008485-01/08/2017-GAB-GAB-A con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico da sub Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

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.;

PRECISATO che "*i c.d. "programmi operativi", ..., sono atti aventi contenuto generale e programmatorio, unilateralmente redatti dal medesimo Commissario ad acta (da ultimo, vds. D.C.A. n. 119/16, che ha approvato il Programma Operativo 2016/2018) e, come tali, da questi modificabili in ogni momento, anche in forma implicita*" (cfr. sent. TAR per la Calabria Sez. II n. 1336/2017 conferma sent. CdS Sez. III n. 4628/2017);

VISTO il DCA n .70 del 15/03/2018 con il quale è stato definito, per l'anno 2018, i livello massimo di finanziamento da erogare alle strutture private accreditate per l'acquisito di prestazioni ospedaliere per acuti e post acuti (al netto degli APA-PAC), con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, nonché per il finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere ai sensi dell'art. 8-*sexies,* comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

RILEVATO che, per mero errore procedimentale, nel DCA in questione, la decurtazione del 20% del finanziamento assegnato nell'anno 2017 alle strutture private accreditate, per l'erogazione delle sole prestazioni per acuti pari a € 25.919.232,74, al quale era stata aggiunta una somma pari 1,2 €/mln,è stata, successivamente, erroneamente ripartita, anche tra le strutture ospedaliere che prestazioni di post-acuzie, alterando, in tale modo, il valore del finanziamento complessivo da erogare, quale quota premiale alle strutture private, che erogano prestazioni di sole acuzie e che non erano stati eliminati i Drg medici/chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza;

TENUTO CONTO che l'adozione di un provvedimento di autotutela rappresenta un potere/dovere in capo all'amministrazione qualora si manifestino vizi che possano pregiudicare i principi a cui deve essere sottoposta l'attività amministrativa;

RAVVISATA pertanto della necessità formale di annullare, in via di autotutela, per la salvaguardia della regolarità del procedimento, il DCA n. 70 del 15/03/2018 e di riproporre nuovamente lo stesso;

CONSIDERATO, in particolare, che tra gli obiettivi individuati nel Programma Operativo rivestono particolare importanza quelli relativi all'acquisto delle prestazioni da privato (ospedaliera, specialistica ambulatoriale e

assistenza territoriale), in coerenza con la programmazione regionale nel rispetto dei limiti dettati dall'articolo 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:

- con DCA n. 64/2016 (prot. 152_16 del 5.07.2016) è stata approvata la riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo-dipendenti; la rete SCA; la rete Stroke; la rete Trauma; la rete Trasporto neonatale e le Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso, in ottemperanza al DM2 aprile 2015, n. 70 recante "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- con detto provvedimento, sono stati, inoltre, individuati i punti di erogazione da assegnare ai soggetti erogatori privati accreditati nelle diverse discipline, ad integrazione e completamento del fabbisogno già soddisfatto dalle Aziende del SSR, provvedendo altresì alla definizione della dotazione del numero complessivo dei posti letto articolato per struttura;

VISTA la L. n.208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016) che all'articolo 1, comma 574, lett. a) ha modificato il comma 14 dell'art. 15 del D.L. n. 95/2012, convertito con modificazioni, dalla L. 7 Agosto 2012 n.135, apportando le seguenti variazioni: "*A tutti i contratti e agli 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, 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*";

PRESO ATTO che il costo complessivamente consuntivato nell'anno 2011 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati di assistenza specialistica ambulatoriale (B.2.A.3.5) e di assistenza ospedaliera (B.2.A.6.4), comprensiva degli APA e PAC, è pari ad € 263.385 €/mln, e che, pertanto, per effetto, dell'applicazione del comma 14 dell'art. 15 del D.L. 95/2012, convertito con modifiche nella L. 135/2012, il finanziamento complessivo, dedotto il 2% (- 5.267,7€/mln), per l'anno 2018, non deve superare l'importo di € 258.117,3 €/mln (compresi APA e PAC);

RILEVATO che nel Programma Operativo 2016-2018 il valore programmatico dell'aggregato di spesa annua atteso per l'anno 2018 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (B.2.A.3.5) e di assistenza ospedaliera (B.2.A.7.4) da privato accreditato, è pari a 257.813 €/mln;

DATO ATTO che per espressa previsione normativa la misura di contenimento della spesa di cui al comma 14 del summenzionato art. 15 del D.L. 95/2012, "*.... è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni ..... e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale ...*";

- che nella determinazione dei tetti di spesa, l'art. 15, comma 14, lascerebbe alle regioni «*un margine di autonomia e di manovra*», *riservando loro «il potere di stabilire quali sono le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale ed assistenza ospedaliera sulle quali incidere, riducendole*». Le regioni potrebbero dunque prevedere «*riduzioni maggiori o minori in relazione a particolari prestazioni o a determinate strutture o in base alle peculiarità dei propri servizi sanitari*» (sentenza n. 203 del 15 giugno 2016 della Corte Costituzionale);

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

TENUTO CONTO che lo stesso l'art. 1, comma 574, lett. b), della L. 208/2015, modificando l'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che: "*In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano*";

ATTESO che in data 2 febbraio 2017 è stato sancito l' "*Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale per gli anni*

2014, 2015, 2016, di cui all'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto perla Salute per gli anni 2014-2016 " (Rep. Atti n. 15/CSR);
CONSIDERATO, inoltre, che il sopra citato comma 574, lett. b), prevede, altresì, che "*le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente*";
VISTA la nota prot. n. 0006091-16/06/2016-GAB-GAB-P a firma del Ministro della Salute, diretta ai Presidenti e agli Assessori alla sanità delle regioni e Province autonome, ed ai commissari e sub commissari *ad acta* delle Regioni in piano di rientro, in cui viene puntualizzava la corretta interpretazione delle modifiche introdotte dalla legge di Stabilità 2016 e la necessità di favorire la mobilità interregionale per le prestazioni di alta specialità;
TENUTO CONTO che nell'ambito del Sistema Sanitario della Regione Calabria sono presenti Strutture ospedaliere private accreditate che erogano prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di alta specialità, individuate, ai sensi della Legge di Stabilità 2016, nei ricoveri "*ad alta complessità*" secondo il vigente accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria;
RAVVISATA la volontà regionale di promuovere la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza delle cure, l'uso efficiente delle risorse, orientando, quindi, l'attività di ricovero verso forme che rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione assistita, valorizzando il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio regionale ai sensi della L. 208/2015;
VISTO il "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi,strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", adottato con DM 70/2015, che identifica le soglie minime di esito e di volume di attività con riguardo ad alcune attività cliniche, stabilendo che tali soglie si applicano agli erogatori pubblici e privati accreditati e che le misure e le stime di riferimento e verifica sono quelle del Piano Nazionale Esiti (PNE);
CONSIDERATO che ai sensi del §2.5 dell'allegato 1) al summenzionato "*Regolamento*", dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti e dal 1°gennaio 2017 è operativa una soglia di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali non inferiore a 60 p.l. per acuti ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale;
DATO ATTO che la giurisprudenza della Sez. III del Consiglio di Stato Sezione "*è consolidata nel senso che spetta alle Regioni provvedere, con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario regionale e distribuire le risorse disponibili, per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché stabilire i preventivi annuali delle prestazioni, assicurando l'equilibrio complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e finanziario (cfr., tra le tante, Cons. Stato, III, n. 5371/2016); e che il carattere impellente delle esigenze di riequilibrio della spesa sanitaria impone allo Stato, in una situazione di scarsità di risorse pubbliche, interventi correttivi immediati, con sacrifici posti a vario titolo su tutti coloro che sono presenti nello specifico settore di attività e quindi anche sulle strutture convenzionate, queste ultime libere di valutare la convenienza a continuare ad operare in regime di accreditamento accettando il tariffario imposto, o porsi fuori del servizio sanitario nazionale operando privatamente, a favore dei soli utenti solventi*" (cfr., tra le altre, Cons. Stato, III, n. 1244/2016; Consiglio di Stato, sez. III, 03/03/2017, n. 994);
VISTA la nota prot. 0002698-26/01/2018-DGPROGS-MDS-P del Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, nella quale vengono comunicate alla Regione Calabria le prime risultanze sul monitoraggio dei volumi di attività di specifiche procedure erogate in alcune unità operative, considerati gli indicatori qualitativi e quantitativi individuati dal punto 4 dell'allegato 1 al DM 70/2015, sulla base dei dati di produzione desunti dal flusso SDO e dei metadati disponibili su uno specifico strumento informativo (*dashboard*) nell'ambito del cruscotto NSIS 2016;
PRESO ATTO che nella medesima nota vengono identificate le strutture private accreditate (v. allegato 2 al presente atto), che non hanno rispettato nell'anno 2016, i requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attività per gli "Interventi chirurgici per Ca mammella" (volume di attività ≥ 150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti), per le quali si fa obbligo ai Direttori Generali delle ASP di riferimento territoriale di verificare periodicamente, con cadenza almeno trimestrale, che l'andamento del volume di attività riferito ai predetti interventi chirurgici, in proiezione annuale, non sia inferiore al valore/soglia fissato dal DM 70/2015 e di procedere all'acquisto delle relative prestazioni **solo** dalle strutture private accreditate con il SSR dove sia attivo un Centro di Senologia Multidisciplinare (*Breast Unit*);
VISTI i:

1. DCA n. 9 del 08/02/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Villa del Sole s.r.l. con sede nel Comune di Catanzaro;

2. DCA n. 11 del 08/02/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Villa Elisa s.r.l. con sede nel Comune di Cinquefrondi (RC);
3. DCA n. 12 del 08/02/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Santa Rita s.r.l. con sede nel Comune di Cirò Marina (KR);
4. DCA n. 13 del 08/02/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Villa Michelino - FRA.RO. s.r.l. con sede nel Comune di Lamezia Terme (CZ);
5. DCA n. 14 del 08/02/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Scarnati s.r.l. con sede nel Comune di Cosenza
6. DCA n. 15 del 08/02/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Villa dei Gerani gestione s.r.l. con sede nel Comune di Vibo Valentia;
7. DCA n. 29 del 08 Febbraio 2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura IGreco Ospedali Riuniti s.r.l. con sedi operative nel Comune di Cosenza in via P. Rossi n. 109 e in Corso L. Fera n. 50 e nel Comune di Dipignano (CS) in via Fra Benedetto n. 33;
8. DCA n. 55 del 22/03/2017 - DCA n. 64 del 05 luglio 2016 - Autorizzazione Provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Villa Aurora con sede nel Comune di Reggio Calabria in Villa Aurora n. 25;
9. DCA n. 67 del 03/05/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Villa del Sole s.r.l. con sede nel Comune di Cosenza in Via B. Galli n.1 - Rione S. Vito;
10. DCA n. 71 del 04/05/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Romolo Hospital s.r.l. con sede nel Comune di Rocca di Neto (KR);
11. DCA n.80 del 09/05/2017 - DCA n.64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Riconversione/Trasformazione attività accreditate - Casa di Cura Caminiti s.d. con sede nel Comune di Villa San Giovanni (RC);
12. DCA n. 94 del 15/06/2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Trasformazione delle attività accreditate - Casa di Cura Madonna dello Scoglio s.r.l. con sede nel Comune di Cotronei (KR);
13. DCA n. 145 del 07/11/ 2017 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla trasformazione delle attività accreditate - Casa di Cura Villa Sant'Anna s.p.a. con Sede nel COMUNE di Reggio Calabria;
14. DCA n. 62 del 27/02/2018 - DCA n. 64 del 05 Luglio 2016 - Autorizzazione provvisoria alla Trasformazione/Riconversione delle attività accreditate - Casa d Cura S. Lucia s.r.l. con sede nel Comune di Cosenza;

PRECISATO che con il presente atto:

a. per la Casa di Cura Santa Rita s.r.l., struttura privata oggetto di riconversione/trasformazione della tipologia delle attività accreditate, da acuzie in post-acuzie, si è tenuto conto della data di effettivo adeguamento dei nuovi posti letto, così come previsti dal DCA n. 12 del 08/02/2017 e della stipula del conseguente accordo contrattuale, la cui attività produttiva è stata riparametrata sull'intero anno;

b. per la Casa di Cura Marrelli Health s.r.l., già accreditata con il SSR giusto DCA n. 110 del 12/10/2016, si è tenuto conto dell'effettivo periodo di attività di sette mesi (febbraio-agosto 2017) e si è riparametrata l'attività su 12 mesi, rispetto al finanziamento erogato nell'anno 2017, in quanto lo stesso era stato calcolato forfettariamente, non avendo a disposizione dati di attività disponibili concernenti l'anno 2016;

DEFINITO quale limite massimo di finanziamento delle risorse assegnabili per l'anno 2018 alle strutture private accreditate con il SSR, l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera, con onere a carico del SSR (esclusi APA e PAC), la somma di € 196.878.864,83, nel rispetto del valore complessivo delle voci B.2.A.3.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - da privato (€ 63.357) e B.2.A.7.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera - da privato (194.456), contenute nel programmatico CE, allegato al P.O. 2016-2018;

TENUTO CONTO che:

- con il DCA n. 129 del 15 dicembre 2015, sono stati approvati i criteri per la determinazione e la valorizzazione delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-*sexies,* comma 2, del D.Lgs. 502/92;
- alla luce della nuova rete ospedaliera di cui al DCA n. 64/2016 le funzioni non tariffabili assegnate agli erogatori privati accreditati vengono stimate, per l'anno 2018, in euro 5.610.269,00 e verranno assegnate con separato decreto commissariale;

RITENUTO, pertanto, di destinare la restante somma pari ad € 191.268.595,83 per l'assistenza ospedaliera da privato accreditato con oneri a carico del SSR, di cui:

a) € 160.427.148,25 per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (€ 102.971.559,16 al netto degli APA PAC) e per post acuti (€ 57.455.589,09) sulla scorta della programmazione regionale del fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione, anche sulla base dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie Provinciali competenti per territorio;

b) € 25.341.447,57 quale quota premiale, già riconosciuta agli erogatori privati accreditati negli anni 2016 (nella misura del 5%) e 2017 (nella misura dell'8%), al fine del perseguimento dei seguenti obiettivi primari: A) Riduzione della mobilità passiva ed incremento dell'erogazione regionale; B) Appropriatezza organizzativa; C) Sussidiarietà delle prestazioni nei confronti di quelle erogate dalle strutture pubbliche, determinata sottraendo un valore pari al 20% del finanziamento assegnato nell'anno 2017 alle strutture private accreditate, per l'erogazione delle sole prestazioni per acuti paria a € 126.707.237,87 ripartito, attraverso specifiche azioni, coordinate e convergenti, secondo le percentuali di seguito riportate:

Obiettivi primari	Peso	Importo
A. Riduzione della mobilità passiva ed incremento dell'erogazione regionale	80%	20.273.237,87
B. Appropriatezza organizzativa	15%	3.801.217,14
C. Sussidiarietà delle prestazioni nei confronti di quelle erogate dalle strutture pubbliche	5%	1.267.072,38
Totale		**25.341.447,57**

c) € 2.100.000,00 per garantire, a tutti i pazienti con fratture di femore, il miglior trattamento possibile per una patologia gravata da complicanze, disabilità e mortalità proporzionali al ritardo con cui esse vengono trattate, anche per migliorare il relativo indicatore di appropriatezza (organizzativa e clinica) rappresentato dalla percentuale delle fratture di femore operate entro 48 ore in pazienti ultra sessantacinquenni, che a livello regionale, registra nell'anno 2016 uno scostamento non accettabile rispetto ai valori di riferimento della Griglia LEA per l'indicatore Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (29,26% *vs* 55%). La somma prevista verrà utilizzata *pro-quota* (euro 700.000 cadauna) dalle ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, sedi degli ospedali Hub, su esclusiva e vincolante indicazione della Direzione Medica di Presidio, rispettivamente degli HUB di Cosenza (Annunziata), Catanzaro (Pugliese-Ciaccio) e Reggio Calabria (Bianchi-Melacrino-Morrelli), previa deliberazione di queste ultime contenente un piano di acquisto annuale delle relative prestazioni da trasmettere all'ASP di riferimento territoriale, la quale provvederà ad acquistare le prestazioni richieste dai medesimi Hub, dalle strutture private accreditate, fino alla concorrenza del tetto massimo previsto di € 700.000,00 da considerarsi ovviamente, aggiuntivo ai volumi di attività regolarmente acquistati e contrattualizzati in via ordinaria;

d) € 3.400.000,00 in ossequio ai principi contenuti nel comma 574 dell'art. 1 della L. 208/15, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, impiegando a tal fine le strutture private accreditate dotate di tali capacità, così migliorando il rapporto in dare/avere del Servizio Sanitario Regionale;

PRECISATO che, relativamente ai criteri individuati alla lett. b) del punto elenco precedente, sono state attivate le seguenti azioni:

1. Primo criterio «*Riduzione della mobilità passiva ed incremento dell'erogazione regionale*» peso 80%:
   a. Estrazione dall'elenco integrale della mobilità passiva riferita all'anno 2016, dei DRG erogati, fuori Regione, nei codici delle discipline ospedaliere, mediche e chirurgiche, per acuzie, per le quali sono presenti accreditamenti di strutture private nella Regione Calabria, con esclusione dei DRG erogati nei codici disciplina per post-acuzie (56, 60 e 75) e dei codici disciplina per acuti per i quali le strutture private calabresi non sono accreditate;
   b. All'esito della procedura di cui al punto precedente, selezione, dal predetto elenco, dei primi 50 DRG *target*, riportati nell'allegato 3, caratterizzati da elevato indice di fuga, per importo, di mobilità passiva nell'anno 2016, pari a € 73.827.348,47 ed erogati, in regime di ricovero, nelle discipline ospedaliere mediche e chirurgiche per soli acuti, per le quali le case di cura della Regione Calabria risultano accreditate con il SSR, con esclusione dei DRG medici/chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza (DRG 503) e di quelli erogabili dalle strutture pubbliche soprattutto in condizioni di emergenza (DRG 541, DRG 542, DRG 480);
   c. Definizione, sul predetto totale, del peso percentuale dell'importo di ogni gruppo MDC;
   d. Ripartizione percentuale della somma di € 20.273.158,06 (pari all'80% dell'importo da destinarsi quale quota premiale) sulla base della produzione erogata nell'anno 2017, relativamente ai predetti DRG, da ogni casa di cura accreditata per le sole prestazioni di acuzie;
2. Secondo criterio «*Appropriatezza organizzativa*» peso 15%:
   a. Nella valutazione dell'efficacia, efficienza ed appropriatezza si è tenuto conto dei seguenti indicatori:

INDICATORI	VALORE
1. DRG medici da reparti chirurgici per ricoveri ordinari	< 20%;
2. Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I o II livello (indicatori punto 4 dell'allegato 1 al DM 70/2015)	Soglie di rischio esito in base al numero totale di parti: *a.* da 501 a 1000 parti: ≤ 15%; *b.* più di 1000 parti: ≤ 25%;

3. Pazienti (età ≥ 65anni) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario percutanea (indicatori punto 4 dell'allegato 1 al DM 70/2015)	Soglie di rischio esito ≥ 60%
4. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 10%
5. Interventi di angioplastica coronarica percutanea (indicatori punto 4 dell'allegato 1 al DM 70/2015)	Soglie minime volume di attività ≥ 250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMASTEMI)

b. La ripartizione della somma di € 3.801.217,14 (pari al 15% dell'importo da destinarsi quale quota premiale) è avvenuta in misura proporzionale sulla base del numero delle strutture ritenute appropriate relativamente a ciascun indicatore (produzione 2017). Per il primo indicatore (DRG medici in reparti chirurgici) è stato considerato il valore più alto riscontrato per le case di cura accreditate con più unità operative chirurgiche;

3. Terzo criterio «*Sussidiarietà delle prestazioni nei confronti di quelle erogate dal pubblico*» peso 5%:
   1. Sono state individuate le seguenti attività:

PRESTAZIONE	
a) Parti	Difficoltà nell'erogazione delle attività per insufficienza di strutture ospedaliere pubbliche insistenti sul territorio
b) Interventi di frattura del femore	Nelle more della messa a regime delle dotazioni organiche delle strutture ospedaliere pubbliche, da operarsi a seguito delle recenti autorizzazioni alle assunzioni di personale medico e infermieristico

   2. La somma di € 1.267.072,38 (pari al 5% dell'importo da destinarsi quale quota premiale) assegnata per la sussidiarietà delle prestazioni nei confronti di quelle erogate dal pubblico, è stata ripartita tra le strutture private accreditate, percentualmente in proporzione alla produzione relativa all'anno 2017;

PRECISATO che i tetti di spesa massimi e non superabili, attribuiti per ogni singolo erogatore, costituiti dagli importi indicati nell'Allegato 1), parte integrante del presente provvedimento, si configurano quali strumenti indispensabili per garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale, e per mantenere l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, in attuazione dei fondamentali principi legati al miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie e alla razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica;

PRESO ATTO degli esiti del confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative in merito ai contenuti di cui al presente decreto, tenutosi in data 20 dicembre 2017;

CONSIDERATO che la giurisprudenza amministrativa, in materia di contratti con gli erogatori privati di prestazioni assistenziali ha consolidato il seguente principio *"La ratio della fissazione dei tetti massimi e dei relativi meccanismi di controllo è principalmente quella del contenimento della spesa pubblica e di garantire la continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture accreditate,* ***e non quella di assicurare i volumi di produzione del singolo erogatore***(cfr. Cons. Stato Sez. III, 07.07.2017, n. 3353 - conferma della sentenza del T.A.R. Campania, Napoli, sez. I, n. 2101/2016)";

RITENUTO di revocare parzialmente il DCA n. 135/2016 nella parte in cui prevede di destinare alle strutture private accreditate una somma pari ad € 2.100.000,00 per migliorare l'indicatore di appropriatezza (organizzativa e clinica) dato dalla percentuale di fratture di femore operate entro le 48 ore da suddividere in parti uguali, è messo a disposizione delle ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria in quanto nell'anno 2017 non vi è stata alcuna vincolante ed esclusiva indicazione da parte degli Hub, d Cosenza, Reggio Calabria e Catanzaro, per l'esecuzione di tale tipologia di intervento presso strutture private, e che, pertanto, la somma predetta, non essendo stata utilizzata, deve considerarsi un'econo-mia di spesa a consuntivo 2017;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e s.m.i., e, in particolare:

- 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 all'art. *8-quinquies;*
- l'art. *8-quater,* comma 8, secondo il quale, 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 della programmazione nazionale;
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2, che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applica-

zione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera d);

- l'art. 8 *sexies*, comma 4, ai sensi del quale la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital è determinata in base a tariffe predefinite
- il D.L. 78/2015, convertito con modificazioni dalla L. 125/2015, ed, in particolare, il comma 7 dell'art. 9 *quater*, ai sensi del quale: "*Le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014*";

RICHIAMATI:

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/06/1986 recante "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private";
- il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 70 del 02/04/2015, avente ad oggetto "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- il DPCM 12/01/2017 recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";
- il D.M. 17/12/2016 n.261 (Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n.380 e ss.mm.ii. concernente la scheda di dimissione ospedaliera);
- l'art. 32, comma 8, della L. 449/1997 a norma del quale le Regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione;
- l'art. 17, comma 1, lett. a) del D.L. 98/2011, convertito nella L. 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*";
- l'art. 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, modificato dall'art. 1, comma 578, L. 28 dicembre 2015, n. 208, che sancisce il divieto, nella remunerazione del singolo erogatore, dell'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale;
- la Legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2008 "*Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private*";

PRESO ATTO che il presente provvedimento riveste carattere di estrema urgenza, al fine di consentire il normale svolgimento delle attività sinallagmatiche fra ASP ed erogatori privati;

DECRETA

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

DI ANNULLARE in autotutela il DCA n. 70 del 15/03/2018;

DI DEFINIRE quale limite massimo di finanziamento delle risorse assegnabili per l'anno 2018 alle strutture private accreditate con il SSR, l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato, con onere a carico del SSR (esclusi APA e PAC), la somma di € 196.878.864,83 garantendo, comunque, l'invarianza dell'effetto finanziario sul quadro economico complessivo delle voci B.2.A.3.5) e B.2.A.7.4), contenuto nel CE programmatico 2018, ripartita per le finalità di seguito specificate

a) € 5.610.269,00, quale valore stimato per la remunerazione delle attività non coperte da tariffe predefinite, da finanziare a funzione, ai sensi dell'art. 8-*sexies,* comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., così come individuate, unitamente ai relativi criteri di remunerazione massima, con DCA n. 129 del 15 dicembre 2015. La ripartizione della suddetta somma, tra gli erogatori privati, avverrà con separato decreto;

b) € 160.427.148,25 per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (€ 102.971.559,16 al netto degli APA PAC) e per post acuti (€ € 57.455.589,09), sulla scorta della programmazione regionale del fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione, anche sulla base dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie Provinciali competenti per territorio;

c) € 25.341.447,57, quale quota premiale, già riconosciuta agli erogatori privati accreditati negli anni 2016 (nella misura del 5%) e 2017 (nella misura dell'8%), per favorire la riduzione della mobilità passiva, promuovendo l'attività di DRG specifici (€ 20.273.158,06), una particolare appropriatezza organizzativa (€ 3.801.217,14) e la sussidiarietà delle prestazioni nei confronti di quelle erogate dalle strutture pubbliche (€ 1.267.072,38);

d) € 2.100.000,00 per garantire, a tutti i pazienti con fratture di femore, il miglior trattamento possibile per una patologia gravata da complicanze, disabilità e mortalità proporzionali al ritardo con cui esse vengono trattate, anche per migliorare il relativo indicatore di appropriatezza (organizzativa e clinica) rappresentato dalla percentuale delle fratture di femore operate entro 48 ore in pazienti ultra sessantacinquenni, che a livello regionale, registra nell'anno 2016 uno scostamento non accettabile rispetto ai valori di riferimento della Griglia LEA per l'indicatore Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (29,26% *vs* 55%). La somma prevista verrà utilizzata *pro-quota* (euro 700.000 cadauna) dalle ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, sedi degli ospedali Hub, su esclusiva e vincolante indicazione della Direzione Medica di Presidio, rispettivamente degli HUB di Cosenza (Annunziata), Catanzaro (Pugliese-Ciaccio) e Reggio Calabria (Bianchi-Melacrino-Morrelli), previa deliberazione di queste ultime contenente un piano di acquisto annuale delle relative prestazioni, da trasmettere all'ASP di riferimento territoriale, la quale provvederà ad acquistare le prestazioni richieste dai medesimi Hub, dalle strutture private accreditate, fino alla concorrenza del tetto massimo previsto di € 700.000,00 da considerarsi ovviamente, aggiuntivo ai volumi di attività regolarmente acquistati e contrattualizzati in via ordinaria;

e) € € 3.400.000,00 in ossequio ai principi contenuti nel comma 574 dell'art. 1 della L. 208/15, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, impiegando a tal fine le strutture private accreditate dotate di tali capacità, così migliorando il rapporto dare/avere del Servizio Sanitario Regionale;

DI DARE ATTO che a consuntivo 2018 la Regione provvederà a verificare che le risorse previste al punto elenco precdente lett. e), pari ad € € 3.400.000,00, siano state destinate dalle Aziende Sanitarie Provinciali esclusivamente per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità;

DI DARE ATTO che con DCA n. 72 del 26 marzo 2018 è stato quantificato il volume massimo di acquisto delle prestazioni trasferite al setting ambulatoriale APA e PAC;

DI REVOCARE parzialmente il DCA n. 135/2016 nella parte in cui prevede di destinare alle strutture private accreditate una somma pari ad € 2.100.000,00 per migliorare l'indicatore di appropriatezza (organizzativa e clinica) dato dalla percentuale di fratture di femore operate entro le 48 ore da suddividere in parti uguali, è messo a disposizione delle ASP di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria in quanto nell'anno 2017 non vi è stata alcuna vincolante ed esclusiva indicazione da parte degli Hub, di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, per l'esecuzione di tale tipologia di intervento presso strutture private;

DI DARE ATTO che la somma predetta di € 2.100.000,00, non essendo stata utilizzata, deve considerarsi un'economia di spesa a consuntivo 2017;

DI FAR OBBLIGO ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali:

1. Di verificare periodicamente, con cadenza almeno trimestrale, che l'andamento del volume di attività riferito agli "Interventi chirurgici per Ca mammella", erogate dalle strutture private accreditate con il SSR ricadenti nel territorio di riferimento (v. allegato 2), non sia inferiore, in proiezione annuale, al valore/soglia fissato dal DM 70/2015 e di procedere all'acquisto delle relative prestazioni **solo** se presso le stesse strutture sia attivo un Centro di Senologia Multidisciplinare (*Breast Unit*);
2. Di sottoscrivere/risottoscrivere gli accordi contrattuali ex art. 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento, secondo lo schema di accordo/contratto approvato con DCA n. 92/2015, **entro e non oltre 10 giorni** dalla notifica del presente atto. In caso di inottemperanza sarà data formale comunicazione alla Corte dei conti;
3. Di inviare immediatamente alla Struttura Commissariale la comunicazione 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.;
4. Di pubblicare sul proprio sito *web* istituzionale, ai sensi dell'art. 41, comma 4, del Decreto legislativo 14/03/2013, n.33, gli accordi intercorsi con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento;

DI PRECISARE che:

- Le prestazioni potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.;
- 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;
- Il volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa preventivato, deve essere distinto per tipologia, per tipo di ricovero, per disciplina e per classe di DRG, da riportare nell'accordo contrattuale sottoscritto. Eventuali compensazioni tra classi di DRG sono possibili solo nel 10% dei casi; oltre tale limite verranno remunerate solo previo parere vincolante del Dipartimento Tutela della Salute;
- Non è possibile procedere alla compensazione tra prestazioni di acuzie e post acuzie;
- Gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASP, che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;

- Il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASP deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle ASP alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
- I limiti di spesa per l'anno 2018 per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato, che saranno definiti dalle ASP nei termini sopra indicati, devono comunque riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei limiti medesimi;
- La determinazione livello massimo di finanziamento, di cui al presente provvedimento, è atto di natura programmatoria, e che, pertanto, non determina di per sé comunque, il diritto da parte degli erogatori privati a fornire prestazioni a carico del SSN, fermo restando l'obbligo ASP territorialmente competenti di verificare prima della stipula dei contratti, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici, strutturali e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del Servizio sanitario pubblico nell'ambito dei limiti di spesa fissati dal presente decreto;
- Eventuali economie rispetto al tetto di spesa complessivo di cui al presente decreto costituiranno risparmi per l'esercizio 2018;
- 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;

DI DARE ATTO che nei confronti degli erogatori privati che non intenderanno stipulare il contratto offerto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies,* del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

DI PREVEDERE, ai sensi del D.M. 70/2015 l'obbligo per l'erogatore:

- Di trasmettere all'ASP territorialmente competente, il proprio bilancio annuale redatto secondo i principi civilistici (art. 1 co.5 lett. b);
- Di una dichiarazione circa l'applicazione delle norme di cui al Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche art. 1 co. 5 lett. b);
- Di garantire entro l'anno 2018 le soglie minime di volume ed esito e di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni contenute nell' allegato 1) punto 4.6., del DM 70/2015, che qui s'intendono integralmente trascritte, al fine di evitare che si determinino le condizioni per la disattivazione della struttura;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro", dedicato alla dócumentazione relativa ai Piani di rientro e al superamento delle inadempienze per la verifica degli adempimenti per gli anni antecedenti a quello in corso di valutazione;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC 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 Commissario *ad acta*
Ing. Massimo Scura

Acquisto prestazioni 2018

ALLEGATO 1 al DCA n. 87 del 24/4/2018

Casa di Cura	Totale Acuti esluso funzioni e APA/PAC - 20%	Totale post acuti	SOMMA CRITERI A-B-C	PREMIALITA' ALTA COMPLESSITA' / ALTA SPECIALITA'	TOTALE Acuti + Post Acuti
	1	2	3	4	5 = 1 + 2 + 3 + 4
Casa di cura Villa del Sole CS	2.899.366,33	1.247.431,10	739.073,76	20.974,40	4.906.845,59
Casa di Cura Tricarico Rosano srl	11.810.520,12	0,00	1.556.378,08	127.587,00	13.494.485,20
Casa di cura Cascini San Luca srl	5.473.785,52	624.335,75	1.299.271,61	128.011,19	7.525.404,07
Casa di cura Scarnati	3.967.953,50	0,00	1.406.942,39	152.235,76	5.527.131,65
Casa di cura Misasi San Bartolo	0,00	3.420.297,17	0,00	0,00	3.420.297,17
Medical Hotel climat. Spes Pietro Arena	0,00	1.985.286,93	0,00	0,00	1.985.286,93
Casa di cura San Francesco	0,00	4.329.137,00	0,00	0,00	4.329.137,00
I Greco Ospedali Riuniti	6.335.017,83	9.328.666,45	2.403.966,12	189.261,14	18.256.911,53
Totale Cosenza	**30.486.643,29**	**20.935.154,40**	**7.405.631,96**	**618.069,49**	**59.445.499,14**
Casa di cura S. Rita Dott. Caparra	0,00	2.116.075,68	0,00	0,00	2.116.075,68
Istituto S. Anna	0,00	14.111.031,64	0,00	253.297,21	14.364.328,85
Romolo Hospital	5.523.337,81	491.723,21	1.211.226,13	139.061,07	7.365.348,21
Marrelli Healt (ex Calabrodental + Marrelli Hospital)	6.055.781,26	0,00	1.004.545,12	98.166,70	7.158.493,09
Casa di cura Sadel	0,00	1.020.759,67	0,00	0,00	1.020.759,67
Casa di cura Madonna dello Scoglio	1.665.343,20	0,00	190.060,86	0,00	1.855.404,06
Totale Crotone	**13.244.462,27**	**17.739.590,20**	**2.405.832,11**	**490.524,98**	**33.880.409,56**
Casa di cura Villa del Sole	5.311.284,63	4.216.399,09	1.713.695,90	279.408,08	11.520.787,70
Casa di cura Villa Serena	4.024.461,84	2.597.043,27	1.107.826,83	191.004,31	7.920.336,26
Casa di cura Villa Michelino	2.419.230,10	1.757.705,50	716.703,68	84.382,66	4.978.021,94
Casa di cura Sant'Anna Hospital	21.347.816,69	209.275,54	6.044.289,57	1.171.903,95	28.773.285,75
Totale Catanzaro	**33.102.793,26**	**8.780.423,40**	**9.582.515,98**	**1.726.698,99**	**53.192.431,65**
Villa dei Gerani	1.597.819,46	2.086.727,48	811.981,14	58.061,84	4.554.589,92
Totale Vibo Valentia	**1.597.819,46**	**2.086.727,48**	**811.981,14**	**58.061,84**	**4.554.589,92**
Istituto Ortopedico Mezzoggiorno d'Italia	8.187.872,30	1.213.047,68	2.286.939,17	320.644,91	12.008.504,07
Casa di cura Villa Aurora	3.232.434,93	1.385.299,69	366.198,00	8.083,96	4.992.016,58
Policlinico Madonna della Consolazione	7.953.653,70	1.032.850,75	908.168,44	83.950,31	9.978.623,21
Casa di cura Caminiti	3.964.411,22	871.754,12	1.155.510,14	84.996,79	6.076.672,28
Casa di cura Villa S.Anna	1.201.468,72	0,00	418.670,63	8.968,71	1.629.108,06
Casa di cura Villa Elisa	0,00	3.410.741,36	0,00	0,00	3.410.741,36
Totale Reggio Calabria	**24.539.840,88**	**7.913.693,60**	**5.135.486,39**	**506.644,69**	**38.095.665,56**
Totale	**102.971.559,16**	**57.455.589,09**	**25.341.447,57**	**3.400.000,00**	**189.168.595,83**
Funzioni non tariffabili					5.610.269,00
Fratture di femore					2.100.000,00
Totale complessivo					**196.878.864,83**

DCA N. 87 del 24/4/18

ALLEGATO 2)

Ministero della Salute - Nuovo Sistema Informativo Sanitario
Data esecuzione report: 05/12/17
Regione CALABRIA

CALABRIA - Erogatori privati

HSP11							Monitoraggio K Mammella	
Cod. Az.	Cod. Struttura	Classificazione struttura	Denominazione Struttura	Cod. Stabilimento	Cod. disc.	Denominazione disciplina	Numero di pazienti interventi per casi di tumore della mammella incidenti (a)	Check monitoraggio (b)
201	180019	NO PS	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	18001900	09	CHIRURGIA GENERALE	10	
						TOTALE CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	10	KO
						TOTALE CASA DI CURA VILLA DEL SOLE	10	
	180025	PS	CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL	18002500	09	CHIRURGIA GENERALE	7	
						TOTALE CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL	7	KO
						TOTALE CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL	7	
	180027	NO PS	CASA DI CURA CASCINI SRL	18002700	09	CHIRURGIA GENERALE	9	
						TOTALE CASA DI CURA CASCINI SRL	9	KO
						TOTALE CASA DI CURA CASCINI SRL	9	
						TOTALE AZIENDA SANITARIA 201	26	

HSP11							Monitoraggio K Mammella	
Cod. Az.	Cod. Struttura	Classificazione struttura	Denominazione Struttura	Cod. Stabilimento	Cod. disc.	Denominazione disciplina	Numero di pazienti interventi per casi di tumore della mammella incidenti (a)	Check monitoraggio (b)
204	180047	NO PS	VILLA DEI GERANI	18004700	09	CHIRURGIA GENERALE	5	
						TOTALE VILLA DEI GERANI	5	KO
						TOTALE VILLA DEI GERANI	5	
						TOTALE AZIENDA SANITARIA 204	5	
205	150074	NO PS	POLICLINICO "MADONNA DELLA CONSOLAZIONE"	15007400	09	CHIRURGIA GENERALE	13	
						TOTALE POLICLINICO "MADONNA DELLA CONSOLAZIONE"	13	KO
						TOTALE POLICLINICO "MADONNA DELLA CONSOLAZIONE"	13	
	150075	NO PS	CASA DI CURA "VILLA CAMINITI"	15007500	09	CHIRURGIA GENERALE	5	
						TOTALE CASA DI CURA "VILLA CAMINITI"	5	KO
						TOTALE CASA DI CURA "VILLA CAMINITI"	5	
	150076	NO PS	CASA DI CURA "VILLA S.ANNA"	15007600	09	CHIRURGIA GENERALE	3	
						TOTALE CASA DI CURA "VILLA S.ANNA"	3	KO
						TOTALE CASA DI CURA "VILLA S.ANNA"	3	
						TOTALE AZIENDA SANITARIA 205	24	
						CALABRIA - Erogatori privati:	55	

Fonte SDO periodo di riferimento 2016
Fonte HSP periodo di riferimento 2016

MDC	DRG	Descrizione DRG
02	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
	36	Interventi sulla retina
03	53	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
05	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata
	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
	108	Altri interventi cardiotoracici
	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
06	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
07	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
08	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
	546	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
	225	Interventi sul piede
	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
10	290	Interventi sulla tiroide
	288	Interventi per obesità
11	573	Interventi maggiori sulla vescica
	311	Interventi per via transuretrale senza CC
	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia
	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
12	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
13	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
14	371	Parto cesareo senza CC
Pre	482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo