



REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. BS del 25.09.2018

Registro proposte del Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie

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 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 169 del 25 / 09 / 2018

OGGETTO : Modifica DCA n. 87/2018 – Ridistribuzioni Fondi previsti per il trattamento delle Fratture di Femore entro 48 ore - Area Centro

Il Dirigente Settore n.11
Dott. Sergio Petrillo

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 169 del 25 / 09 / 2018

OGGETTO : **Modifica DCA n. 87/2018 – Ridistribuzioni Fondi previsti per il trattamento delle Fratture di Femore entro 48 ore - Area Centro**

IL 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 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

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 decreto legge 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 *pro tempore* 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 decreto legge 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 dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 26 luglio e del 23 novembre 2016 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2016-2018

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

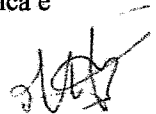
VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante “ *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato* “ (Legge di Stabilità 2015) e s.m.i;

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 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;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed 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 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;



- 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 del 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 di 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 programmatico, 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, il 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.;

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 3 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 DM 2 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";



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";

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 puntualizzata 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);

CONSIDERATO che con **DCA n. 87 del 2018** è stato annullato in autotutela il DCA n. 70 del 15-03-2018 e contestualmente è stato **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 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;

TENUTO CONTO che tale somma è stata 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%);

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;

CONSIDERATO che, in particolare, la somma relativa al punto d) precedente, doveva essere 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-Morelli), previa deliberazione di queste ultime contenente un piano di acquisto annuale delle relative prestazioni, da trasmettere all'ASP di riferimento territoriale, la quale avrebbe provveduto 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;

TENUTO CONTO della peculiarità dell'Area Centro composta da tre diverse ASP (CZ, KR e VV);

CONSIDERATO che l'ASP di VV non dispone di strutture private accreditate per l'ortopedia.

CONSIDERATO che l'ASP di KR dispone invece di strutture private autorizzate ed accreditate per l'ortopedia per 20 pp.ll. (di cui 16 ordinari e 4 per dh) giusti DCA n.110 del 12/10/2016, DCA n.2 del 10/01/2017 e DCA n.129 del 18/10/2017 ;

TENUTO CONTO dei diversi bacini di utenza(dati ISTAT al 31-12-2017) :

- ASP di KR 171.863 abitanti pari al 24,7 %
- ASP di VV 162.697 abitanti pari al 23,4 %
- ASP di CZ 361.783 abitanti pari al 51,9 %

rispetto a complessivi 696.343 abitanti residenti nell'Area Centro;

CONSIDERATO che appare opportuno garantire anche ai residenti della ASP di KR la possibilità di essere trattati chirurgicamente entro 48 ore per fratture di femore, senza doversi necessariamente spostare su strutture dell'ASP di CZ, nel caso in cui la struttura ospedaliera di ortopedia dell'Ospedale Spoke di Crotone non fosse in grado di garantire detto standard;

RITENUTO utile ed opportuno ridistribuire il finanziamento previsto per l'Area Centro, riassegnandolo nella seguente misura, proporzionale ai bacini di utenza di riferimento:

- Euro 173.000 all'ASP di KR
- Euro 527.000 all'ASP di CZ (che garantirà anche l'assistenza per VV)

CONSIDERATO che, anche in questo caso, la somma assegnata all' ASP di Crotone dovrà essere utilizzata su esclusiva e vincolante indicazione della Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale Spoke di Crotone, che propone, tenuto conto delle sue esigenze organizzative, un piano di acquisto annuale delle relative prestazioni da formalizzare con deliberazione da parte dell'ASP stessa di KR;

TENUTO CONTO che l'ASP di KR provvederà, al bisogno e su indicazione della Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale Spoke di KR, ad acquistare le prestazioni richieste (dal medesimo Ospedale) dalle strutture private accreditate, fino alla concorrenza del tetto massimo previsto di € 173.000,00 da considerarsi ovviamente, aggiuntivo ai volumi di attività regolarmente acquistati e contrattualizzati in via ordinaria;

RITENUTO altresì necessario ribadire che le Ortopedie, e in particolare nel presente caso l'Ortopedia dell'Ospedale Spoke di KR, dovranno continuare a garantire il trattamento delle fratture di femore entro 48 ore nella percentuale massima possibile e comunque in misura superiore a quella registrata nel corso del 2017 , coadiuvati dalle strutture di ospedalità privata solo nel caso in cui non siano in condizione di garantire detto standard così da garantire ai pazienti il miglior trattamento possibile oltre che a migliorare l'indicatore LEA relativo che, per la Regione Calabria, fa registrare un valore pari al 29,26% ancora lontano dal minimo previsto pari al 55%;

D E C R E T A

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

DI RIDISTRIBUIRE il finanziamento previsto per l'Area Centro, riassegnandolo alle rispettive asp nella seguente misura, proporzionale ai bacini di utenza di riferimento :

- Euro 173.000 all'ASP di KR
- Euro 527.000 all'ASP di CZ (che garantirà anche l'assistenza per l'ASP di VV)

DI STABILIRE che la somma assegnata all' ASP di Crotone dovrà essere utilizzata su esclusiva e vincolante indicazione della Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale Spoke di Crotone, che propone, tenuto conto delle sue esigenze organizzative, un piano di acquisto annuale delle relative

colletta

prestazioni da formalizzare con deliberazione da parte dell'ASP stessa di KR;

DI STABILIRE che l'ASP di KR provvederà, al bisogno e su indicazione della Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale Spoke di KR, ad acquistare le prestazioni richieste (dal medesimo Ospedale) dalle strutture private accreditate, fino alla concorrenza massima del tetto previsto di € 173.000,00 da considerarsi ovviamente, aggiuntivo ai volumi di attività regolarmente acquistati e contrattualizzati in via ordinaria;

DI CONFERMARE che le Ortopedie, e in particolare nel presente caso l'Ortopedia dell'Ospedale Spoke di KR, dovranno continuare a garantire il trattamento delle fratture di femore entro 48 ore nella percentuale massima possibile e comunque in misura superiore a quella registrata nel corso del 2017, e che gli stessi saranno coadiuvati dalle strutture di ospedalità privata solo nel caso in cui non siano in condizione di garantire detto standard, così da assicurare ai pazienti il miglior trattamento possibile oltre che a migliorare l'indicatore LEA relativo che, per la Regione Calabria, fa registrare un valore pari al 29,26% ancora lontano dal minimo previsto pari al 55%;

DI 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 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

