

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie

Proposta n. 165 del 16-10-2017

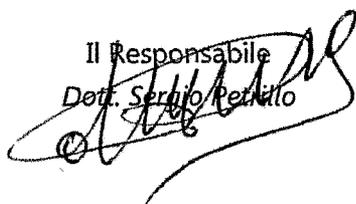
DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(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)

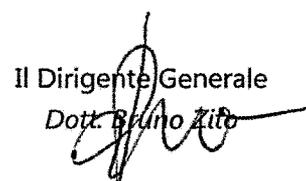
DCA n. 128 del 16 OTT. 2017

OGGETTO: Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del servizio sanitario regionale – anno 2017

Il Responsabile
Dott. Sergio Petralio



Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito



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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 128 del 16 OTT. 2017

OGGETTO: Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del servizio sanitario regionale – anno 2017

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 23 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 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;

PRESO ATTO della previsione di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato, definito all'interno del Programma Operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i., approvato con DCA n.119 del 4 novembre 2016;

DATO ATTO 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);

CONSIDERATO che al fine di garantire il tendenziale obbligatorio mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario in sede di programmazione sanitaria, appare necessario ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato, inteso sia qualitativamente che quantitativamente, nel rispetto della sicurezza per il paziente e degli operatori;

VISTO il DCA n. 32 del 15/02/2017 con il quale è stato stimato in n. 28.375.502 il fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale e, conseguenzialmente, i fabbisogni di prestazioni delle singole pro-

vince sulla base del criterio pro-capite, che in ogni caso, in quanto stima, non costituisce né autorizzazione alla spesa né alla stipula di contratti nuovi o rinnovati;

CONSIDERATO che il complesso processo di riordino della rete laboratoristica privata avviato con il DCA n. 112 del 2/11/2016 e s.m.i. non risulta ancora completato;

DATO ATTO che:

- la spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato a consuntivo si è mantenuta negli anni 2014-2016 sostanzialmente costante;
- l'analisi dei dati di produzione del trascorso anno, elaborati da SOGEI evidenzia, in alcune realtà territoriali, un'evidente squilibrio nell'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore del privato, come da tabella sottostante:

PRESO ATTO, peraltro, che il numero delle prestazioni erogate e il conseguente controvalore complessivo della spesa consuntivata per l'anno 2016, con riferimento alla voce "Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - da privato", evidenzia un'economia rispetto al tetto di spesa complessivo assegnato con il DCA n. 25/2016, pari ad € 862.000,00, e che tale importo ha costituito un risparmio per l'esercizio 2016;

CONSIDERATO che nella determinazione dei volumi di attività e dei relativi tetti di spesa da corrispondere agli erogatori privati accreditati, la Regione intende utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, incrementandone l'attività di circa il 20% a livello regionale, anche a fronte dei considerevoli investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi (acquisto PET, autorizzazione assunzioni personale, assegnazione ore di specialistica ambulatoriale, ecc.), con conseguente decurtazione percentuale dell'attività erogata dai soggetti privati, operando in tal modo un sostanziale riequilibrio pubblico/privato e una più omogenea distribuzione delle prestazioni da privato sul territorio regionale, garantendo al contempo massimo rendimento ed efficienza;

TENUTO CONTO che si è in presenza di oggettivi vincoli e stati di necessità rigorosamente quantitativi conseguenti al Piano di rientro/Programmi Operativi, al cui rispetto la Regione è tenuta, ai sensi della normativa vigente confermata da una consolidata e univoca giurisprudenza della Corte Costituzionale:

- che la recente giurisprudenza amministrativa ha precisato che chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto alla salute ...omissis ... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato (cfr. ordinanza CdS, Sezione Terza, n. 906/2015);

*Spesa Specialistica - SSN - Ambulatori e Laboratori - Dati dichiarati
aggiornamento mensile - dati al 19/08/17
Distribuzione della spesa per tipologia di struttura - cumulado
Periodo: 2016
Regione : 180 - Calabria*

Cod.	Azienda	Spesa totale strutture				
		spesa lorda	% spesa lorda su totale regionale	% spesa lorda strutture private	% spesa lorda strutture pubbliche	% spesa lorda totale
201	ASP DI COSENZA	57.166.266	24,72%	40,86%	59,14%	100,00%
202	ASP DI CROTONE	20.383.542	8,82%	50,67%	49,33%	100,00%
203	ASP DI CATANZARO	27.203.873	11,77%	26,63%	73,37%	100,00%
204	ASP DI VIBO VALENTIA	15.167.302	6,56%	29,97%	70,03%	100,00%
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	56.212.741	24,31%	66,07%	33,93%	100,00%

CONSIDERATO che le risorse fissate nel presente provvedimento, corrispondenti al volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda sanitaria si impegnano ad assicurare ai pazienti regionali ed extra-regionali, al lordo di tutte le eventuali compartecipazioni (ticket e quota ricetta), costituiscono il limite di spesa massimo assegnabile e non superabile, che la Regione Calabria può mettere a disposizione per la copertura di contratti per gli erogatori privati ed il cui rispetto è quindi condizione per l'esistenza e validità del contratto;

PRECISATO 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;

ESAMINATO 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", e, in particolare, l'art. 64, comma 2, ai sensi del quale "Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996, recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe» e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante «Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale»;

RICHIAMATI:

- 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";
- 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, ai sensi del quale: "Ai 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 in misura 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";
- il D.L. 78/2015 convertito con modificazioni dalla L. 125/2015, ed, in particolare, il comma 7 dell'art. 9 quater, che recita: "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";
- 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;

CONSTATATO 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 regionaledella spesa sanitaria.

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)";

PRESO ATTO che secondo la giurisprudenza del Consiglio di Stato "La fissazione dei tetti di spesa in una fase avanzata dell'anno deve intendersi fisiologica, non potendo prescindere dalla conoscenza del dato finanziario di riferimento. La determinazione retroattiva del budget non vale, di per sé, a inficiare la legittimità dell'assegnazione del limite di spesa sopravvenuta nel corso dell'anno" (Cons. Stato Sez. III, 19-12-2016, n. 5371);

ESAMINATO il D.P.R.G. n. 3 del 23.8.2010 che individua la struttura di supporto del Commissario *ad acta* e del *sub* Commissario nel Dipartimento Tutela della Salute;

IN ESITO all'istruttoria tecnico-procedimentale condotta dal Dirigente del Settore del Dipartimento Tutela della Salute, competente per materia, a supporto delle attività della Struttura commissariale, e delle risultanze degli atti richiamati nelle premesse;

DECRETA

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

DI DEFINIRE in € 55.472.306 (loro ticket) il livello massimo di finanziamento per l'annualità 2017, da corrispondere alle strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale, con oneri a carico del servizio sanitario regionale, secondo la seguente ripartizione territoriale:

Cod.	Azienda	Totale lordo	Ticket stimato	Totale netto
201	ASP DI COSENZA	17.660.336	1.284.400	16.375.936
202	ASP DI CROTONE	6.783.484	310.813	6.472.671
203	ASP DI CATANZARO	4.230.941	446.518	3.784.423
204	ASP DI VIBO VALENTIA	3.080.043	214.435	2.865.608
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	23.717.502	2.005.465	21.712.037
Totale		55.472.306	4.261.631	51.210.675

DI DARE ATTO che, nel rispetto dell'aggregato provinciale, i Direttori Generali delle Aziende sanitarie provinciali acquistano dalle strutture insistenti sul proprio territorio, in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale per macro, un volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2017 per un controvalore finanziario da determinarsi secondo i seguenti criteri:

- rispetto delle proporzioni numeriche dei volumi di acquisto per macro area in relazione allo standard per abitante previsto per tipologia di prestazione specialistica, così come di seguito indicato, con uno scostamento massimo del 10% rispetto allo standard stesso, tendo conto del valore medio del mix di prestazioni acquistate per tipologia stessa:

tipologia di prestazione specialistica	n. prestazioni standard /abitante
Clinica	3,1
Diagnostica Strumentale	
Procedure	
Diagnostica per immagini	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
Totale complessivo	12,0

- dinamicità nella gestione delle agende di prenotazione necessaria ai Centri Unici di Prenotazione per il contenimento delle liste d'attesa;
- verifiche sui volumi di attività alla luce di quanto previsto in tema di reti di laboratorio;
- potenzialità dei singoli distretti, determinata dalla popolazione residente e dalle prestazioni richieste;
- introduzione di meccanismi di concorrenzialità, al fine di favorire la libera scelta del cittadino del luogo di cura negli ambiti riconosciuti dalla normativa, e migliorare i livelli di efficienza della spesa e di qualità dell'assistenza erogata;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori generali delle ASP, in un'ottica di razionalizzazione e rimodulazione dell'offerta, di:

- pianificare azioni di intervento mirate ad aumentare del 20% circa il volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate presso strutture pubbliche, sia ospedaliere che territoriali, garantendo

un'offerta congrua rispetto alla domanda e soprattutto efficiente, efficace ed appropriata ai bisogni di salute della popolazione e il rispetto dei tempi di attesa previsti ;

- garantire l'equilibrio economico e di bilancio delle strutture pubbliche, anche in relazione ai redigenti piani di rientro aziendali, equilibrio che fino ad oggi non è stato assicurato anche per effetto dello spostamento di un numero cospicuo di attività dalla sanità pubblica verso quella privata;

DI PRECISARE 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;
- 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.;
- 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 2017 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 programmatica, 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 2017;
- in caso di mancata sottoscrizione dell'accordo contrattuale, si applica l'art. 8-quinquies, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- 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 INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso il sistema documentale SiVeAS LEA;

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

