

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Oggetto: Definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 2) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 3) Assistenza psichiatrica; 4) Assistenza per cure palliative (hospice)

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 "Nuovo Statuto della Regione Lazio" e smi;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e smi;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e smi;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;

VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro:

- l'articolo 8, comma 1 della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: "Approvazione del "Piano di Rientro [...]" e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presca d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio [...] Approvazione del Piano di Rientro";
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00052 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto: "Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale»";

VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e smi, 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 SSN 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 e smi per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-*quinquies*, sono tenute a porre a carico del SSN 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:
 - o il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla

applicazione 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);

- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), [...] (art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera e-*bis*);
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, che prevede, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*;

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha precisato che: *"Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni"*;

RILEVATO 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 quale i livelli essenziali relativi al diritto di salute [...] in alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato"* (Ordinanza Consiglio di Stato n. 906/2015; Sentenza TAR Abruzzo n. 585/2015 et al.);

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia di autorizzazione e accreditamento e requisiti delle strutture private provvisoriamente e definitivamente accreditate:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e smi;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e smi, che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U0090/2010 recante: *"Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie - Requisiti ulteriori per l'accreditamento"* Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d'uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private. L.R. n. 3/2010) e smi";
- il decreto del Commissario *ad acta* n. 8 del 3 febbraio 2011 avente ad oggetto *"Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie"*

Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»»;

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00359 del 30 ottobre 2014 avente ad oggetto "L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 - direttive per l'adeguamento delle procedure di conferma dell'autorizzazione dell'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale";
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00585/2015 avente ad oggetto "Disposizioni applicative degli artt. 2 e 4 dell'allegato "1", del Decreto del Commissario *ad acta* n. U00359 del 30.10.2014 concernente «Direttive per l'adeguamento delle procedure di conferma dell'autorizzazione dell'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale, anche alla luce della sopravvenuta normativa in materia di antincendio»";
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00594/2015 avente ad oggetto "Disposizioni applicative dell'art. 3 dell'allegato "1", del Decreto del Commissario *ad acta* n. U00359 del 30.10.2014 concernente «Direttive per l'adeguamento delle procedure di conferma dell'autorizzazione dell'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale»";

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 126/2016 concernente: "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 2) Assistenza psichiatrica; 3) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 4) Assistenza per cure palliative (Hospice)";

VISTA la nota prot. n. 194041 GR/11/40 del 13 aprile 2017 con la quale la competente Area ha trasmesso l'elenco delle strutture in possesso del titolo di accreditamento che possono erogare prestazioni, con onere a carico del SSR, di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

VISTA la nota prot. n. 194050 GR/11/40 del 13 aprile 2017 con la quale la competente Area ha trasmesso l'elenco delle strutture in possesso del titolo di accreditamento che possono erogare prestazioni, con onere a carico del SSR, di assistenza in hospice;

VISTA la nota prot. n. 194059 GR/11/40 del 13 aprile 2017 con la quale la competente Area ha trasmesso l'elenco delle strutture in possesso del titolo di accreditamento che possono erogare prestazioni, con onere a carico del SSR, di Psichiatria;

VISTA la nota prot. n. 225786 GR/11/40 del 4 maggio 2017 con la quale la competente Area ha trasmesso l'elenco delle strutture in possesso del titolo di accreditamento che possono erogare prestazioni, con onere a carico del SSR, di Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane;

VISTA la nota prot. n. 330011 del 28 giugno 2017 GR/11/43 con la quale si dà comunicazione di avvio del procedimento, *ex art.* 7, L.241/1990 e s.m.i per la definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 delle prestazioni di assistenza territoriale, stabilendo che:

- La Regione adotta il provvedimento di definizione del livello massimo di finanziamento complessivo assegnato per singola Azienda Sanitaria;
- Le singole Aziende adottano un proprio provvedimento di assegnazione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata;

- Le strutture private accreditate assegnatarie del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 sottoscrivono il contratto con l'ASL competente per territorio, secondo lo schema ratificato con decreto del Commissario *ad acta* n. 324/2015, così come modificato dal decreto del Commissario *ad acta* n. 555/2015 e dal decreto del Commissario *ad acta* n. 249/2017;
- I criteri utilizzati nella fissazione del livello massimo di finanziamento sono i seguenti:
 - La Regione Lazio fissa il livello massimo di finanziamento complessivo per singola ASL, tenendo conto delle strutture che insistono sul territorio di loro competenza;
 - Le prestazioni sono valorizzate applicando le tariffe vigenti che, per completezza, sono riportate nell'**ALLEGATO A**;
 - Le ASL effettuano la valutazione del fabbisogno di salute della popolazione di riferimento e, nei limiti delle risorse finanziarie assegnate, stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento, avendo attenzione che per le strutture cui sia stato rilasciato l'accreditamento ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 7, del D.Lgs n. 502/1992 e smi (ossia che sono "*in attesa della verifica dell'attività svolta e della qualità delle prestazioni erogate*") il tasso di occupazione non può essere superiore al 80%;
 - le Aziende fissano il livello massimo di finanziamento per singola struttura considerando esclusivamente la quota sanitaria (tariffa al netto della quota di compartecipazione, ove prevista); il tasso di occupazione, inoltre, tenuto conto del naturale *turn over* tra ingresso e uscita dei pazienti, non potrà essere superiore al 98% per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo;

CONSIDERATO che le strutture a cui verrà rilasciato il titolo di accreditamento successivamente alla data del 30/06/2017 saranno oggetto di separata valutazione ai fini della contrattualizzazione per l'anno 2018, tenendo conto delle esigenze di preventiva programmazione della spesa sanitaria a livello regionale e del fatto 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'articolo 8-*quinquies**", ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi;

RITENUTO che le strutture private a cui è stato rilasciato il titolo di accreditamento successivamente al 30/06/2017 potranno essere finanziate dalle singole ASL di competenza territoriale anche prima del 01/01/2018 esclusivamente nel caso in cui venissero rilevate delle economie sui livelli di finanziamento complessivi assegnati dalla Regione alle singole ASL con il presente provvedimento;

CONSIDERATO che nel corso della fase istruttoria del presente decreto sono intervenuti specifici provvedimenti, aventi ad oggetto ad esempio, la definizione delle nuove tariffe per la riabilitazione territoriale o la compartecipazione alla spesa per le prestazioni di assistenza psichiatrica, che hanno comportato la necessità di approfondire le ricadute economiche conseguenti;

RITENUTO, a seguito della valutazione economica di cui sopra, di poter considerare al fine della definizione del livello massimo di finanziamento per singola ASL, le strutture private accreditate entro la data del 30 giugno 2017 anziché la data del 31 maggio 2017 indicata nella nota prot. n. 330011/2017 GR/11/43;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00039/2012 che ha ridefinito e riordinato l'offerta assistenziale a persone non autosufficienti con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 159/2016 concernente: Approvazione del documento "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale";

VISTI, per quanto riguarda i requisiti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale con onere a carico del SSR:

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00434/2012 concernente "*Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DPCA 8/2011 e integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011*";
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00485/2015 avente ad oggetto "*Modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U00434/2012 concernente: «Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2 del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011» per classificazione del personale in base a nuclei da n. 20, revisione della dotazione organica del personale (nucleo residenziale e semiresidenziale mantenimento), introduzione della figura della «guardia infermieristica internucleo» notturna nonché modifica del par. 4.2.3 e 4.2.3.c.*";
- il decreto del Commissario *ad acta* U00172/2016 con il quale è stato disposto l'annullamento "ex tunc" del DCA n.485/2015;

VISTI, per quanto riguarda le tariffe delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale con onere a carico del SSR:

- la DGR Lazio n. 583/2002 che ha stabilito, fra l'altro, le tariffe da applicare alle prestazioni di assistenza riabilitativa *ex art.* 26 della L. 833/1978, erogate dalle strutture private con onere a carico del SSR;
- il Decreto del Commissario *ad acta* nominato dal TAR Lazio n. G04762 del 12 aprile 2017 con il quale sono state stabilite le nuove tariffe per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento, rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale con decorrenza 01/10/2017;
- il Decreto del Commissario *ad acta* nominato dal TAR Lazio n. G10895/2017 che ha procrastinato al 01/01/2018 l'entrata in vigore delle nuove tariffe;

VISTI, per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa delle prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale:

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U0051 del 1° luglio 2010 recante "*Decreto del Commissario ad acta U0095/2009 «Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (DPCM 29 novembre 2011)». Decorrenza ed ulteriori disposizioni*" il quale stabilisce l'avvio della compartecipazione alla spesa a partire dal 1° luglio 2010;

- la DGR n. 380 del 7 agosto 2010 recante “*Decreti U0095/2009 e U0051/2010 – Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni per la partecipazione alla spesa per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento – regime residenziale e semiresidenziale. Criteri e modalità*”;

CONSIDERATO che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolto a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale verrà determinato al netto della quota di compartecipazione del 30% per le prestazioni erogate in mantenimento sia in regime residenziale che semiresidenziale;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 per le prestazioni di riabilitazione territoriale verrà definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello massimo di finanziamento della riabilitazione territoriale non può superare per l'anno 2017 l'importo di euro 199.031.611,21 e per l'anno 2018 l'importo di euro 203.655.318,00 così come indicato nell'**ALLEGATO 1** che è parte integrante del presente provvedimento;

VISTI, per quanto riguarda fabbisogno e tariffe delle strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, con onere a carico del SSR:

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00098/2016 avente ad oggetto “*Riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza territoriale. Strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane. Revisione e aggiornamento del decreto del Commissario ad acta n. U00452 del 22 dicembre 2014*” in cui, nell’Allegato A si riportano i dati del fabbisogno stimato:

Tipologia di trattamento	%	Numero posti
Intensivo residenziale	2	304
Estensivo residenziale	9	1.367
Estensivo residenziale per disturbi cognitivo – comportamentali gravi	5	759
Estensivo semiresidenziale per disturbi cognitivo – comportamentali gravi	5	759
Mantenimento residenziale	74	11.241
Mantenimento semiresidenziale	5	759
Totale	100	15.189

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U0099/2012 che ha stabilito le seguenti corrispondenze:

Regolamento Regionale 1/1994	DPCA 8/2011	DCA 39/2012
	R1	Intensiva
ALTO (III)	R2	Mantenimento A
MEDIO (II) – BASSO (I)	R3	Mantenimento B

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00101/2013, che definisce le tariffe:

Tipologia assistenziale	Tariffa totale	Onere SSR
Intensiva	220,30	220,30
Mantenimento A	118,40	59,20
Mantenimento B	98,40	49,20

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00009/2016 avente ad oggetto “*Definizione delle tariffe per l’assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane*”;

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00060/2016, notificato con nota prot. n. 169744 GR/11/16 del 31/03/2016, avente ad oggetto "Modifica del Decreto del Commissario *ad acta* n. U00009/2016 avente ad oggetto «Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane»", con il quale vengono stabilite le seguenti tariffe:

Tipologia assistenziale	Tariffa con onere SSR
Estensiva residenziale	144,00
Estensiva residenziale per disturbi cognitivo comportamentali gravi	153,00
Estensiva semiresidenziale per disturbi cognitivo comportamentali gravi	78,00

CONSIDERATO che relativamente all'assistenza semiresidenziale di mantenimento la tariffa è pari al 52% della corrispondente tariffa residenziale;

VISTO, per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, la DGR n. 98 del 20 febbraio 2007 che rimodula la diaria giornaliera per le RSA, nel senso di ripartire l'onere di detta diaria nella misura del 50% a carico del FSR e nella misura del restante 50% a carico dell'assistito;

CONSIDERATO che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni in RSA è determinato al netto della quota di compartecipazione del 50% per le prestazioni erogate in mantenimento sia in regime residenziale che semiresidenziale;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 per le prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane verrà definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello di finanziamento per le prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane, è pari ad un importo per l'anno 2017 di euro 170.593.896,55 e per l'anno 2018 euro 172.012.836,35, così come indicato nell'ALLEGATO 2 che è parte integrante del presente provvedimento;

VISTI, per quanto riguarda fabbisogno, tariffe e requisiti delle strutture che erogano prestazioni di assistenza psichiatrica con onere a carico SSR:

- Il decreto del Commissario *ad acta* n. U0015/2008 avente ad oggetto "Definizione dei fabbisogni sanitari dell'assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche. Approvazione della Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche" con il quale viene individuato il fabbisogno di posti residenziali per l'assistenza psichiatrica territoriale;
- La Delibera di Giunta Regionale n. 424/2006 avente ad oggetto "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie" e il decreto del Commissario *ad acta* n. U0048/2009 avente ad oggetto "Approvazione "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006" (ALL.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe" (ALL.2)", con i quali

vengono stabiliti i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per le autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie;

- Il decreto del Commissario *ad acta* n. U00188/2015 avente ad oggetto "Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre 2015: "Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006" (ALL.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe" (ALL.2)". Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche";
- Il decreto del Commissario *ad acta* n. U00101/2010 che ha stabilito le seguenti tariffe/die per la remunerazione delle prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale:
 - STPIT pari a € 201,42 per i primi 30 gg, dal 31° giorno al 60° pari a € 151,10, dal 61° giorno pari a € 120,90;
 - SRTRi pari a € 146;
 - SRTRe pari a € 129;
 - SRSR 24h pari a € 108;
 - SRSR 12h pari a € 81.

VISTI, per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa per le prestazioni di assistenza psichiatrica:

- Il decreto del Commissario *ad acta* n. U00562/2015 avente ad oggetto "Attività Sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001";
- Il decreto del Commissario *ad acta* n. U00062/2016 avente ad oggetto "DCA 562/2015: Attività Sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001";
- Il decreto del Commissario *ad acta* n. U00256/2016 avente ad oggetto: "DCA n. 126 del 20 aprile 2016 recante: «Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 2) Assistenza psichiatrica; 3) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 4) Assistenza per cure palliative (Hospice)» – Rettifica livelli massimi di finanziamento Assistenza Psichiatrica";
- la DGR Lazio n. 395/2017 che definisce l'applicazione della compartecipazione alla spesa per l'assistenza psichiatrica disponendone la decorrenza dal 1 luglio 2017;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 per le prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale verrà definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza psichiatrica (STPIT, SRTR i, SRTR e, SRSR 24h, SRSR 12h), al netto della quota di compartecipazione, come da

normativa vigente, non può superare per l'anno 2017 l'importo di € 72.764.902,95 e per l'anno 2018 l'importo di € 69.014.846,78, così come indicato nell'**ALLEGATO 3**, che è parte integrante del presente provvedimento;

VISTI per quanto riguarda fabbisogno, tariffe e requisiti delle strutture che erogano prestazioni di assistenza per cure palliative (hospice) con onere a carico SSR:

- il decreto del Commissario *ad acta* n. 320/2016 avente ad oggetto “Assistenza territoriale per le cure palliative. Ridefinizione del fabbisogno regionale di posti in regime residenziale”;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00023/2010 il quale ha stabilito che il rapporto tra posti residenziali e trattamenti domiciliari è 1 a 4 e ha determinato le seguenti tariffe per la remunerazione delle prestazioni di hospice erogate da strutture private con onere a carico del SSR:
 - Euro 100,33 per la giornata domiciliare;
 - Euro 202,80 per la giornata di ricovero;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 per le prestazioni per cure palliative (hospice) verrà definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello massimo di finanziamento per l'assistenza per cure palliative (hospice) per l'anno 2017 non può superare euro € 68.285.619,82 e per l'anno 2018 € 68.285.619,82 così come indicato nell'**ALLEGATO 4** che è parte integrante del presente provvedimento;

CONSIDERATO

- che il progressivo aumento delle aspettative di vita della popolazione e il contemporaneo incremento delle patologie cronico-degenerative hanno portato come conseguenza l'aumento di bisogni assistenziali di lungo periodo;
- che le ASL devono definire il livello massimo di finanziamento per singola struttura tenendo conto della domanda di salute della popolazione di riferimento in coerenza con la programmazione regionale;
- che l'esercizio della funzione di committenza a livello aziendale nell'ambito degli indirizzi e dei vincoli di spesa regionali garantisce il rispetto delle competenze aumentando l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e la massimizzazione del beneficio sociale;
- che l'esercizio della funzione di committenza a livello aziendale consente, nei processi di definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura e per singolo profilo assistenziale, di allineare ed orientare più efficacemente l'offerta di attività sanitarie consentite dalla programmazione regionale con la domanda degli assistiti, determinando l'acquisto di prestazioni che meglio soddisfano le esigenze del territorio;

TENUTO CONTO

- che la definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
- che il livello massimo di finanziamento fa riferimento esclusivamente alle prestazioni erogate ai cittadini residenti nella Regione Lazio per prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio regionale;

- che le prestazioni possono 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 smi;

STABILITO

- che per gli anni 2017 e 2018, il livello massimo di finanziamento per l'assistenza territoriale verrà assegnato alle ASL, le quali dovranno:
 - definire il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul proprio territorio, previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale;
 - sottoscrivere il contratto di cui all'art. 8-*quinquies* D.Lgs 502/1992, previa verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente, applicando le procedure di sottoscrizione e lo schema di contratto di cui al decreto del Commissario *ad acta* n. U00324/2015, così come modificato dal decreto del Commissario *ad acta* n. U00555/2015 e dal decreto del Commissario *ad acta* n. 249/2016;
 - tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
 - vigilare sulla qualità della prestazione erogata e sulla coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate;
 - tener conto dello storico degli accessi effettuati, basandosi sulla residenza degli utenti;
 - controllare che il livello massimo di finanziamento e la produzione erogata siano coerenti con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
 - monitorare il flusso delle compensazioni interaziendali attraverso report mensili;
- che le singole ASL, per tutti i profili assistenziali di cui al presente provvedimento, devono far cessare ogni rapporto atipico che non sia contrattualizzato nelle forme di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992 e smi;
- che gli importi relativi ai singoli profili assistenziali di cui al presente provvedimento, iscritti nelle voci di conto economico delle ASL (tabella ALLEGATO B), non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura;
- che le singole ASL dovranno fissare il livello massimo di finanziamento per le strutture in possesso del titolo di accreditamento rilasciato ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 7, D.Lgs 502/1992, per le quali deve essere verificato "il volume di attività svolto e la qualità dei risultati raggiunti", valorizzando la produzione massima erogabile utilizzando un tasso di occupazione al massimo pari all'80%;
- che per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo potrà essere applicato un tasso di occupazione al massimo pari al 98%;
- che per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale che nell'anno 2016 non hanno erogato prestazioni con onere a carico del SSR, o per le quali sia stato rilasciato il titolo di accreditamento per erogare prestazioni di profili assistenziali non ancora attivati, le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto;
- che il livello massimo di finanziamento assegnato dalla Regione alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come invalicabile è il livello massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
- che le ASL competenti per territorio possono fissare il livello massimo di finanziamento per le strutture a cui verrà rilasciato il titolo di accreditamento successivamente al 30/06/2017,

tenendo conto che non potrà essere in alcun caso superato il livello di finanziamento assegnato per singola ASL di cui agli **ALLEGATI 1, 2, 3 E 4** del presente provvedimento;

RITENUTO che ciascuna ASL potrà assegnare il livello massimo di finanziamento anche alle strutture in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento rilasciato oltre la data del 30 giugno 2017, utilizzando le possibili economie di spesa nell'ambito del singolo profilo assistenziale, dandone contestuale comunicazione all'Area regionale competente;

STABILITO che per gli anni 2017 e 2018 non è prevista la possibilità per le ASL di effettuare spostamenti dei livelli massimi di finanziamento, di cui al presente decreto, da una tipologia assistenziale ad un'altra;

STABILITO

- che le strutture in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento in data successiva al 30 giugno 2017 per le quali le singole ASL potranno assegnare il relativo livello massimo di finanziamento, potranno erogare prestazioni con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione dell'accordo contrattuale di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992;
- che le ASL competenti per territorio devono adottare il provvedimento di ripartizione del finanziamento loro riconosciuto entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento e conseguentemente sottoscrivere i relativi accordi contrattuali;
- che le ASL competenti per territorio devono trasmettere alla Regione Lazio, entro 3 giorni dalla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura, il provvedimento amministrativo relativo;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di assistenza territoriale, di cui al presente decreto, potrà in ogni caso subire delle modifiche in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento e che, quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

RIBADITO quanto previsto dall'art. 8-*quater*, comma 2, D.Lgs 502/1992;

DECRETA

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento

1. di considerare come soggetti destinatari del presente provvedimento le strutture a cui è stato rilasciato il titolo di accreditamento per la erogazione di prestazioni di assistenza territoriale (Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; Assistenza psichiatrica; Assistenza residenziale

10. che per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo potrà essere applicato un tasso di occupazione al massimo pari al 98%;
11. che per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale che nell'anno 2016 non hanno erogato prestazioni con onere a carico del SSR, o per le quali sia stato rilasciato il titolo di accreditamento per erogare prestazioni di profili assistenziali non ancora attivati, le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR dalla data di sottoscrizione del contratto;
12. che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come invalicabile è il livello massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
13. che il livello massimo di finanziamento deve ritenersi vincolato al singolo profilo assistenziale per il quale è stato assegnato;
14. che ciascuna ASL potrà utilizzare le risorse a propria disposizione, comprese le eventuali economie di spesa del singolo profilo assistenziale, per la eventuale assegnazione del livello massimo di finanziamento a strutture in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento rilasciato oltre la data del 30 giugno 2017 dandone contestuale comunicazione all'Area regionale competente;
15. che per gli anni 2017 e 2018 non è prevista la possibilità per le ASL di effettuare spostamenti dei livelli massimi di finanziamento, di cui al presente decreto, da una tipologia assistenziale ad un'altra;
16. che le strutture in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento per le quali verrà stabilito il livello massimo di finanziamento potranno erogare prestazioni con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione dell'accordo contrattuale di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992;
17. che le ASL competenti per territorio devono proporre la sottoscrizione degli accordi contrattuali entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento;
18. che le ASL competenti per territorio devono comunicare alla Regione Lazio, entro 3 giorni dalla definizione del livello massimo di finanziamento, i dati relativi agli importi assegnati per singola struttura privata accreditata;
19. che le ASL devono verificare il possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura anche al fine di stabilire il livello massimo di finanziamento entro i limiti della capacità produttiva;
20. che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di assistenza territoriale, di cui al presente decreto, potrà in ogni caso subire delle modifiche in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;

ALLEGATO 4

LIVELLO MASSIMO DI FINANZIAMENTO ASSISTENZA PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

HOSPICE		
ASL	ANNO 2017	
RM1	Euro	21.825.466,56
RM2		4.105.781,12
RM3		9.292.030,05
RM5		4.105.781,12
RM6		7.563.280,74
VT		9.724.218,38
LT		8.427.656,40
FR		3.241.405,46
Tot.	Euro	68.285.619,82

HOSPICE		
ASL	ANNO 2018	
RM1	Euro	21.825.466,56
RM2		4.105.781,12
RM3		9.292.030,05
RM5		4.105.781,12
RM6		7.563.280,74
VT		9.724.218,38
LT		8.427.656,40
FR		3.241.405,46
Tot.	Euro	68.285.619,82

ALLEGATO A - TARIFFE

TIPOLOGIA	DCA / DGR	LIVELLO ASSISTENZIALE	TARIFFA
RSA	DCA 101/2013 DCA 60/2016	Intensiva	€ 220,20
		Disturbi cognitivo comportamentali gravi	€ 153,00
		Semiresidenziale disturbi cognitivo comportamentali gravi	€ 78,00
		Estensiva	€ 144,00
		Mantenimento A	€ 118,40
		Mantenimento B	€ 98,40
		Semiresidenziale Mantenimento A	€ 61,57
		Semiresidenziale Mantenimento B	€ 51,17

TIPOLOGIA	DCA / DGR	LIVELLO ASSISTENZIALE	TARIFFA
Cure Palliative	DCA 23/2010	RICOVERO	€ 202,80
		GIORNATA DOMICILIARE	€ 100,33

TIPOLOGIA	DCA / DGR	LIVELLO ASSISTENZIALE	TARIFFA	ABBATTIMENT O DOPO 30 GG (25%)	ABBATTIMENT O DOPO 60 GG (40%)
Neuropsichiatria	DCA 101/2010	STPII'	€ 201,42	€ 151,1	€ 120,9
		SRTR i	€ 146,00	€ -	€ -
		SRTR e	€ 129,00	€ -	€ -
		SRSR 2+ h	€ 108,00	€ -	€ -
		SRSR 12 h	€ 81,00	€ -	€ -

TIPOLOGIA	DCA / DGR	LIVELLO ASSISTENZIALE	TARIFFA (fino al 31/12/2017)
Riabilitazione intensiva, estensiva, di mantenimento e non, rivolta a persone con disturbi fisici, psichici e sensoriali	DGR 583/2002	Residenziale Estensiva Elevata	€ 129,11
		Residenziale Mantenimento Elevata	€ 118,79
		Residenziale Mantenimento Media	€ 98,13
		Semiresidenziale Estensiva Elevata	€ 81,15
		Semiresidenziale Estensiva Media	€ 65,54
		Semiresidenziale Estensiva Lieve	€ 62,42
		Semiresidenziale Mantenimento Elevata	€ 62,42
		Semiresidenziale Mantenimento Media	€ 49,94
		Semiresidenziale Mantenimento Lieve	€ 43,69
		Non Residenziale Estensiva Elevata	€ 56,81
		Non Residenziale Estensiva Media	€ 36,15
		Non Residenziale Estensiva Lieve	€ 15,49
		Non Residenziale Mantenimento Elevata	€ 36,15
		Non Residenziale Mantenimento Media	€ 25,82
		Non Residenziale Mantenimento Lieve	€ 12,91
		Non Residenziale Estensiva Elevata di gruppo	€ 18,94
		Non Residenziale Estensiva Media di gruppo	€ 14,63
		Non Residenziale Estensiva Lieve di gruppo	€ 5,16
		Non Residenziale Mantenimento Elevata di gruppo	€ 12,05
		Non Residenziale Mantenimento Media di gruppo	€ 8,61
Non Residenziale Mantenimento Lieve di gruppo	€ 4,30		

TIPOLOGIA	DCA / DGR	LIVELLO ASSISTENZIALE	TARIFFA (dal 01/01/2018)
Riabilitazione intensiva, estensiva, di mantenimento e non, rivolta a persone con disturbi fisici, psichici e sensoriali	DCA n. G04762/2017 - DCA n. G10895/2017	Residenziale Intensivo	€ 227,44
		Residenziale Estensivo	€ 115,27
		Residenziale Mantenimento alto	€ 104,63
		Residenziale Mantenimento basso	€ 91,14
		Semiresidenziale Estensivo	€ 78,78
		Semiresidenziale Mantenimento alto	€ 59,48
		Semiresidenziale Mantenimento basso	€ 54,39
		Ambulatoriale	€ 44,80
		Domiciliare	€ 45,00

ALLEGATO B

	Codice PDC
Servizi sanitari per assistenza psichiatrica da privato (intraregionale)	502010804
Servizi sanitari per assistenza psichiatrica da privato - altre prestazioni (intraregionale)	502010805
Servizi sanitari per assistenza riabilitativa da privato - ex art.26 (intraregionale)	502010404
Assistenza in Hospice da privato intraregionale	502011214
Assistenza geriatrica da privato intraregionale	502011204

[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]