

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

DECRETO n.

Oggetto: 1) Adozione del sistema tariffario delle prestazioni per i ricoveri di soggetti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita e per i pazienti Mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione A.S.I.A.;
2) Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per gli anni 2014-2015 per attività cod. 28 e cod. 75-MDC 1 con onere a carico del SSR

**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;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e s.m.i.;
- il Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e s.m.i.;
- l'art. 1, comma 174, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 e s.m.i.
- DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Giunta Regionale del Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro Sanitario della Regione Lazio;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con cui il Dott. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub-Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio;

CONSIDERATO che, per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza, la Regione Lazio si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 della Legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO, quindi, l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del Piano di Rientro, con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, approvato con DGR. n. 149 del 6 marzo 2007;

VISTO l'art. 2, commi da 67 a 105 della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 ed, in particolare, il comma 88, il quale prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad Acta*;

VISTO il DCA n. U00247/2014 di "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";

TENUTO CONTO della necessità, per la Regione Lazio, di provvedere all'adozione del sistema tariffario delle prestazioni per i ricoveri di soggetti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita e per i pazienti Mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione A.S.I.A., in ragione di quanto disposto dal DCA n. U00310/2013 di cui si dirà appresso;

TENUTO CONTO, altresì, della conseguente necessità di procedere alla definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per gli anni 2014-2015 alle istituzioni sanitarie private accreditate (i.s.pr) e agli IRCSS privati che erogano attività cod. 28 e cod. 75-MDC 1 con onere a carico del SSR, ai sensi di quanto previsto dal DCA n. U00248/2014 di cui si farà cenno in seguito;

VISTO, sul punto, il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii., recante il "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*", il quale - nel prevedere norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale - ha ribadito l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

TENUTO CONTO, in proposito, di quanto disposto dal comma 8 dell'art. 8 *quater* del citato D.Lgs 502/1992, secondo cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le Unità Sanitarie Locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione Nazionale;

CONSIDERATO che, con nota prot. n. 0009239 del 01.08.2014, è stato trasmesso dall'AGENAS il documento relativo agli esiti del gruppo di lavoro sulla rete riabilitativa della Regione Lazio, inerente il fabbisogno i criteri di accesso/trasferibilità e le relative tariffe;

CONSIDERATO, altresì, quanto previsto dal DCA n. U00412/2014 di Rettifica del DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto "Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", nella parte in cui dispone che "*L'area della post-acuzie riabilitativa nelle sue quattro articolazioni (riabilitazione intensiva, alta specialità neuro-riabilitativa, mielolesioni e gravi disabilità in età evolutiva) sarà rimodulata, in base ad una stima del fabbisogno, con un successivo provvedimento, anche tenendo conto degli standard previsti dal regolamento della Conferenza Stato-Regioni del 5 Agosto 2014*".

VISTO l'art. 15, comma 13, lett. c) della citata L. 135/2012 (cd. *spending review*), il quale ha stabilito che "*sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ..., le regioni ... adottano ... provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni ...*";

CONSIDERATO che la giurisprudenza amministrativa (*ex pluribus*, Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014; Cons. di Stato, sez V, n. 5847/2008; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 1911/07, che richiama, tra l'altro, Cons. di Stato, sez. V, n. 499/2003) ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica;

RILEVATO, poi, che la stessa giurisprudenza amministrativa ha recentemente 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*" (Cons. Stato, Adun. Plen., 3/2012);

VISTO l'art. 8 *quater*, comma 2 del D.Lgs. 502/1992, il quale prevede che "*la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinquies**";

VISTO il Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, recante le "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012 n. 135;

PRESO ATTO, in particolare, dell'art. 15 comma 15 del suddetto Decreto Legge 95/12 (come modificato dalla legge di conversione n. 135/2012), il quale - in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 *sexies*, comma 5 del D.lgs 502/92 - stabilisce che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente Stato regioni, determina con proprio decreto le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del S.S.N.;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento ordinario n. 8, recante la "*Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*", con cui è stata data attuazione alle disposizioni di cui al citato Decreto Legge n. 95 del 2012, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post acuzie;

CONSIDERATO che il D.M. anzidetto, nel far riferimento all'art. 15, comma 17 del D.L. 95/2012, prevede che "*Gli importi tariffati, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico – finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge 30*

dicembre 2004 n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono limite invalicabile”;

RILEVATO, pertanto, che avendo la Regione Lazio sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della L. 311/2004, le tariffe massime di cui al DM 18.10.2012 costituiscono per la Regione Lazio limite invalicabile;

PRESO ATTO che il suddetto D.M. 18.10.2012, allegato 2, stabilisce, tra l'altro, la tariffa massima giornaliera per i ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita e per i pazienti mielolesi con gravità di lesione A,B,C secondo la classificazione A.S.I.A.;

PRESO ATTO di quanto disposto dal citato DCA n. U00310 del 04/07/2013, avente ad oggetto *“Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera D.M. 18.10.2012”*, che aveva rinviato a successivi provvedimenti l'adozione delle tariffe ospedaliere giornaliere di riabilitazione post-acuzie di cui al D.M. 18.10.2012 per i ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita e per i pazienti mielolesi con gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione A.S.I.A.;

RAVVISATA, quindi, la necessità di provvedere ora a tale incumbente e di adottare, pertanto, le tariffe relative secondo quanto previsto nell'allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CONSIDERATO che le tariffe e la relativa modalità di applicazione di cui al presente decreto commissariale decorrono dalle dimissioni di pazienti avvenute a partire dal 01/01/2014;

VISTO il DCA n. U00040/2012, di modifica e integrazione del DCA n. U00058/2009, relativo al Sistema dei Controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica;

RITENUTO necessario integrare i criteri di controllo di cui al DCA n. U00040/2012 secondo i criteri meglio precisati nell'allegato 1. Si precisa inoltre che solo una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 5%, potrà provenire in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni, superata tale percentuale verrà effettuato un controllo mirato al 100% di appropriatezza e congruità sull'intera casistica in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni. La durata della degenza per la totalità della specifica casistica in discontinuità non potrà essere superiore a 30 giorni;

VISTO il DCA n. U00248/2014, di definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l'anno 2014 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuti – post acuti) con onere a carico del SSR;

CONSIDERATO che, come sopra anticipato, nel suddetto DCA n. U00248/2014, è stato precisato che *“con riferimento alla sola definizione dei limiti massimi di finanziamento delle risorse assegnabili per l'anno 2014 in ordine all'erogazione di prestazioni sanitarie di riabilitazione di cui al cod. 75, si procederà con successivo provvedimento nelle more delle risultanze dei lavori del tavolo tecnico regionale, costituito in collaborazione con l'AGENAS, per la rivisitazione sia dei criteri di accesso alle strutture, sia delle tariffe delle prestazioni erogate”*;



VISTO il DCA n. U00181/2012 di rilascio dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO istituzionale definitivo alla casa di cura San Raffaele Cassino;

TENUTO CONTO del DCA n. U00108/2014 di conferma del titolo autorizzativo e di accREDITAMENTO istituzionale definitivo alla Fondazione Santa Lucia;

CONSIDERATO che, con nota prot. n.656727 del 26.11.2014, la Regione Lazio ha comunicato agli interessati l'avvio del procedimento di definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per gli anni 2014-2015 per le attività cod. 28 e cod. 75 – MDC1 con onere a carico del SSR e di adozione del sistema tariffario delle prestazioni per i ricoveri di soggetti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita e per i pazienti Mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione A.S.I.A., specificando i relativi criteri;

VISTE le controdeduzioni trasmesse alla Regione Lazio;

TENUTO CONTO che, per la remunerazione delle prestazioni in oggetto, si applicheranno le tariffe e le regole tariffarie definite nel presente provvedimento (allegato 1) e le tariffe di cui al citato DCA n. U00310/2013;

RITENUTO di dover procedere, poi, alla definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per gli anni 2014 e 2015 per l'erogazione di prestazioni ospedaliere con onere a carico del SSR di riabilitazione post-acuzie per l'attività riconducibile alle specialità cod. 75 – MDC 1 e cod. 28 da parte i.s.pr. e degli I.R.C.S.S. privati che erogano dette prestazioni, per gli importi di cui ai prospetti adottati al presente provvedimento, che, in allegato, ne costituiscono parte integrante (*cf.* Allegato n. 2) e pari, nella specie, complessivamente a € 44.318.747 per l'IRCCS Fondazione Santa Lucia e a € 3.431.000 per la Casa di Cura San Raffaele Cassino;

RITENUTO che i budget annuali 2014, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata dall'1/1/2014;

PRESO ATTO che i limiti massimi di assegnazione delle risorse con onere SSR di cui al presente decreto sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);

RITENUTO di esplicitare, anche ai fini di trasparenza, che in ogni caso il tetto di spesa fissato nel presente DCA è il limite invalicabile coperto di spesa da parte del bilancio del SSR;

TENUTO CONTO, entro tale tetto massimo e comunque non superabile, sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente di riferimento;

CONSIDERATO che la Regione si riserva espressamente la facoltà di modificare con effetto *ex nunc* tali limiti massimi sulla scorta delle eventuali osservazioni avanzate dai ministeri affiancanti e che gli stessi, potranno in ogni caso subire, nel loro complesso, delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;

CONSIDERATO che la Regione si riserva di rideterminare con apposito atto, con effetto *ex nunc*,

i livelli di finanziamento in caso di rideterminazione del fabbisogno, in attuazione di quanto previsto dal precitato DCA n. U00412/2014;

RIBADITO, altresì, 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 risorse assegnabili, con la conseguenza che, a far data dalla notificazione del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del SSR;

TENUTO CONTO che le i.s.pr. sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del SSR;

RIBADITO che alle i.s.pr. sarà riconosciuta, a carico del SSR, la produzione entro il livello massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte in applicazione della normativa nazionale e regionale vigente, con particolare riferimento a quella relativa ai controlli;

CONSIDERATO che, a tale fine, l'Area competente nella gestione dei Sistemi Informativi, nel definire a consuntivo la produzione erogata a carico del SSR dovrà provvedere alla verifica, per ciascun erogatore, del rispetto della capacità produttiva massima accreditata, per specialità di ricovero e regime, così come comunicata dalla competente Area Autorizzazione e Accreditamento con apposito atto ricognitivo;

DATO ATTO che le competenti Aziende Sanitarie Locali dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;

RITENUTO di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo per l'anno 2014 e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disciplinato nel DCA n. U00261 del 07/08/2014 "*Modifiche e/o integrazioni allo schema di accordo/contratto di cui al DCA 183/2013*";

DATO ATTO che il presente provvedimento sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

DECRETA

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

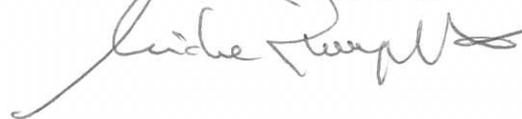
- 1) che i criteri di definizione delle tariffe e le relative modalità di applicazione, che decorrono dalle dimissioni di pazienti avvenute a partire dal 01/01/2014, sono quelli di cui all'allegato 1 che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
- 2) che la competente Area "Servizio Informativo Sanitario", allo scopo di completare il set di informazioni utili alla individuazione dei ricoveri dei soggetti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita e dei pazienti Mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione A.S.I.A., provvederà con specifico atto ad apportare le opportune modifiche ed integrazioni al tracciato del flusso RAD-R;
- 3) di integrare i criteri di controllo di cui al DCA n. U00040/2012 secondo i criteri meglio precisati nell'allegato 1. Si precisa inoltre che solo una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 5%, potrà provenire in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni, superata tale percentuale verrà effettuato un controllo mirato al 100% di appropriatezza e congruità sull'intera casistica in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni. La durata della degenza per la totalità della specifica casistica in discontinuità non potrà essere superiore a 30 giorni;
- 4) che, in applicazione dei criteri di definizione e delle tariffe indicati nella suesposta narrativa e riportati nell'allegato 1, i limiti massimi di finanziamento delle risorse assegnabili sia per l'anno 2014 che per l'anno 2015 per l'erogazione di prestazioni sanitarie ospedaliere con onere a carico del SSR di riabilitazione post-acuzie per l'attività riconducibile alle specialità cod. 75 – MDC 1 e cod. 28 da parte delle istituzioni sanitarie private accreditate e degli I.R.C.S.S. privati che erogano dette prestazioni, sono quelli di cui ai prospetti riportati nell'allegato 2 che costituisce parte integrante del presente provvedimento e pari, per ciascun anno complessivamente, nella specie, a € 44.318.747 per l'IRCCS Fondazione Santa Lucia e a € 3.431.000 per la Casa di Cura San Raffaele Cassino;
- 5) che gli importi di cui al sopracitato allegato potranno subire delle modificazioni, in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati sia livello regionale e/o che nazionale;
- 6) che i budget annuali 2014, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata dal 01/01/2014;
- 7) che i limiti massimi annuali di cui al presente decreto a carico del SSR della Regione Lazio sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);
- 8) che la Regione si riserva espressamente la facoltà di modificare, con effetto ex nunc, i limiti massimi di cui al presente decreto sulla scorta delle eventuali osservazioni avanzate dai ministeri affiancanti o di interventi legislativi;

- 9) che la Regione si riserva di rideterminare con apposito atto, con effetto ex nunc, i livelli di finanziamento in caso di rideterminazione del fabbisogno, in attuazione con quanto previsto dal precitato DCA n. U00412/2014;
- 10) che la definizione e l'attribuzione dei limiti massimi rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente di riferimento;
- 11) 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 risorse assegnabili, con la conseguenza che, a far data dalla notificazione del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del SSR;
- 12) che le i.s.pr. sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo non sono riconosciute con onere a carico del SSR;
- 13) che alle i.s.pr. sarà riconosciuta la produzione entro il livello massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte in applicazione della normativa nazionale e regionale vigente, con particolare riferimento a quella relativa ai controlli;
- 14) che nel definire a consuntivo la produzione erogata a carico del SSR, l'Area competente nella gestione dei Sistemi Informativi, dovrà provvedere alla verifica, per ciascun erogatore, del rispetto della capacità produttiva massima accreditata, per specialità di ricovero e regime, così come comunicata dalla competente Area Autorizzazione e Accreditamento con apposito atto ricognitivo;
- 15) che per la complessiva riorganizzazione le competenti Aziende Sanitarie Locali dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;
- 16) di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo per l'anno 2014 e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disciplinato nel DCA n. U00261 del 07/08/2014 "*Modifiche e/o integrazioni allo schema di accordo/contratto di cui al DCA 183/2013*";

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente decreto verrà comunicato personalmente alle parti interessate e sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI



Segue Decreto n. del

segue decreto n. del

ALLEGATO 1 - Sistema tariffario delle prestazioni per i ricoveri di soggetti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita e per i pazienti Mielolesi con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione A.S.I.A.

SOGGETTI AFFETTI DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA (GCA)

1.1 CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA TARIFFA PREVISTA DAL DM 18.10.2012-Allegato 2

Si attribuisce la tariffa giornaliera prevista dal DM 18.10.2012 pari a € 470,00 ai ricoveri di soggetti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita se sussistono, contemporaneamente, le seguenti condizioni:

- 1) persona affetta da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio alla "Glasgow Coma Scale" inferiore o uguale a 8 (lesione cerebrale grave) e protratto per almeno 24 ore;
- 2) ricovero in regime ordinario in reparto accreditato per la specialità codice 75-MDC1;
- 3) disabilità grave o stato vegetativo, all'ingresso in reparto, con punteggio alla "Glasgow Outcome Scale" pari a 2 o 3;
- 4) menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali che comportano disabilità grave all'ingresso in reparto, misurate attraverso le seguenti scale: "Disability Rating Scale (DRS)" e "Levels of Cognitive Functioning (LCF)". La DRS deve avere un punteggio uguale o superiore a 17, corrispondente ad una disabilità da estremamente severa ad uno stato vegetativo grave; la LCF un punteggio compreso fra 1 e 4 corrispondente ad una disabilità cognitiva grave (da confuso-agitato a non responsivo);
- 5) ricovero in *continuità* con l'evento acuto (soggetto proveniente da un reparto di assistenza intensiva), ivi compreso il trasferimento da altro reparto cod. 75 per avvicinamento al luogo di residenza o facilitazione del reinserimento sociale ovvero in *discontinuità* con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o rivalutazioni.

1.2 ADEGUAMENTO DEL SISTEMA INFORMATIVO RAD-R

Allo scopo di completare il set di informazioni utili alla individuazione dei casi di GCA saranno previste modifiche ed integrazioni al tracciato del flusso RAD-R anche con inserimento di nuove variabili.

Si precisa che tali variazioni saranno oggetto di specifico atto da parte della competente Area Servizio Informativo Sanitario.

1.3 ATTRIBUZIONE DELLA TARIFFA IN BASE ALLA SELEZIONE DA S.I.

L'applicazione della tariffa giornaliera di € 470,00 senza alcun abbattimento per i ricoveri, di soggetti affetti da Grace Cerebrolesione Acquisita, che rispettano le condizioni riportate nel paragrafo 1.1 sarà attribuita dal Sistema Informativo RAD-R se:

- codice di reparto 75-MDC1;
- regime di ricovero ordinario;
- paziente post-comatoso;
- ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate nel paragrafo 1.1 ai punti 1-4, in *continuità* con l'evento acuto ivi compreso il trasferimento da altro reparto cod. 75 per avvicinamento al luogo di residenza o facilitazione del reinserimento sociale;
- punteggio della Glasgow Coma Scale riferito al ricovero in acuzie compreso tra 3 e 8;
- coma protratto per almeno 24 ore;
- punteggio della Glasgow Outcome Scale all'ingresso uguale a 2 o 3;
- punteggio della Disability Rating Scale all'ingresso uguale o superiore a 17;
- punteggio della Levels of Cognitive Functioning compreso tra 1 e 4;
- trasferimento da reparto acuti e modalità di accesso in riabilitazione come primo ricovero associato ad un "evento acuto con ricovero";

oppure se:

- codice di reparto 75-MDC1;
- regime di ricovero ordinario;
- paziente post-comatoso;
- ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate nel paragrafo 1.1 ai punti 1-4, ricovero di paziente in *discontinuità* con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o rivalutazioni;
- punteggio della Glasgow Coma Scale riferito al ricovero in acuzie compreso tra 3 e 8;
- coma protratto per almeno 24 ore;
- punteggio della Glasgow Outcome Scale all'ingresso uguale a 2 o 3;
- punteggio della Disability Rating Scale all'ingresso uguale o superiore a 17;
- punteggio della Levels of Cognitive Functioning compreso tra 1 e 4.

Si precisa che per tutte le dimissioni afferenti alla specialità cod. 75 che non rispettano i suddetti criteri verranno adottate le tariffe per l'attività cod. 56 di cui al DCA 310/2013 "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.10.2012" senza abbattimento per durata della degenza.

Si precisa inoltre che solo una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 5%, potrà provenire in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni, superata tale percentuale verrà effettuato un controllo mirato al 100% di appropriatezza e congruità sull'intera casistica in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni. La durata della degenza per la totalità della specifica casistica in discontinuità non potrà essere superiore a 30 giorni.

1.4 DOCUMENTAZIONE DA CONSERVARE NELLA CARTELLA CLINICA O RIABILITATIVA

Nella cartella clinica o riabilitativa dovrà essere presente, in aggiunta a quanto già previsto, sia per i ricoveri in *continuità* che in *discontinuità*, la seguente documentazione:

- Copia della scheda Glasgow Coma Scale compilata dal reparto di acuzie;
- Documentazione della durata del coma in acuzie prodotta dal reparto per acuti;
- Documentazione informativa sulla data dell'evento acuto.

1.5 CONTROLLO MIRATO SU CARTELLA CLINICA

Per i ricoveri dichiarati dagli erogatori come rispondenti alla definizione per le GCA di cui al punto 1.1 ed in base ai criteri operativi di cui al punto 1.3 del presente allegato, ad automatica integrazione di quanto già in vigore per i controlli esterni, la Regione si riserva la possibilità di effettuare un controllo mirato su cartella clinica, anche al 100%, di appropriatezza e congruità.

Si precisa inoltre che solo una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 5%, potrà provenire in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni, superata tale percentuale verrà effettuato un controllo mirato al 100% di appropriatezza e congruità sull'intera casistica in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni.

1.6 FASE TRANSITORIA ADEGUAMENTO SISTEMA INFORMATIVO RAD-R

Al fine di permettere l'adeguamento del tracciato record del Sistema Informativo RAD-R, che attualmente non contiene tutte le variabili utili alla individuazione dei casi di GCA (ad esempio punteggio della GCS e durata del coma) è prevista una fase transitoria fino al 30/06/2015.

Nella fase transitoria, necessaria all'adeguamento del RAD-R, il Rappresentante legale e il Direttore Sanitario della struttura, per i pazienti registrati nel sistema RAD-R che rispettano i criteri di cui al punto 1.1, dovranno autocertificare il possesso dei criteri stessi e garantire la conservazione nella cartella clinica/riabilitativa, della documentazione specificata nel punto 1.4.

Si precisa che l'autocertificazione dovrà essere trasmessa all'Area Regionale competente per la gestione dei Sistemi Informativi e dovrà contenere numero nosologico, data di ammissione e data di dimissione per ciascuna dimissione rientrante nella definizione di cui al punto 1.1.

Per i ricoveri indicati in autocertificazione come rientranti nella suddetta definizione GCA e per i quali viene attribuito quanto previsto come tariffa dal DM 18.10.2012 la Regione si riserva la possibilità di effettuare un controllo esterno mirato anche sul 100% delle cartelle dichiarate.

Si precisa che in assenza della sopra descritta dichiarazione da parte dell'erogatore di quali siano le dimissioni specialità cod. 75-MDC1 che rispettano i criteri di cui al punto 1.1, alle stesse verranno applicate le tariffe per l'attività cod. 56 di cui al DCA 310/2013 "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.10.2012" senza abbattimento per durata della degenza.

RICOVERI DI SOGGETTI AFFETTI DA GRAVE MIELOLESIONE (GM)**2.1 CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA TARIFFA PREVISTA DAL DM 18.10.2012 - Allegato 2**

Si attribuisce la tariffa giornaliera prevista dal DM 18.10.2012 pari a € 470,00 ai ricoveri di soggetti affetti da Mielolesione con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione dell'American Spinal Injuriy Association (A.S.I.A.) se sussistono, contemporaneamente, le seguenti condizioni:

- 1) persona affetta da mielolesione, di origine traumatica o di altra natura, con una gravità di lesione A, B, C secondo la classificazione dell'American Spinal Injuriy Association (A.S.I.A.);
- 2) ricovero in regime ordinario in reparto accreditato per la specialità codice 28;
- 3) punteggio all'ingresso alla scala SCIM (Spinal Cord Indipendence Measure) 0-20 se tetraplegici e 0-40 se paraplegici;
- 4) ricovero in *continuità* con l'evento acuto (soggetto proveniente da un reparto di assistenza intensiva) ivi compreso il trasferimento da altro reparto cod. 28 per avvicinamento al luogo di residenza o facilitazione del reinserimento sociale ovvero in *discontinuità* con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni.

2.2 ADEGUAMENTO DEL SISTEMA INFORMATIVO RAD-R

Allo scopo di completare il set di informazioni utili alla individuazione dei casi di GM, saranno previste modifiche ed integrazioni al tracciato del flusso RAD-R anche con inserimento di nuove variabili.

Si precisa che tali variazioni saranno oggetto di specifico atto da parte della competente Area "Servizio Informativo Sanitario".

2.3 ATTRIBUZIONE DELLA TARIFFA IN BASE ALLA SELEZIONE DA S.I.

L'applicazione della tariffa giornaliera di € 470,00 senza alcun abbattimento per i ricoveri, di soggetti affetti da Grave Mielolesione, che rispettano le condizioni riportate nel paragrafo 2.1 sarà attribuita dal Sistema Informativo RAD-R se:

- codice di specialità di reparto 28;
- regime di ricovero ordinario;
- paziente mieloleso;
- ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate nel paragrafo 2.1 ai punti 1-3, in *continuità* con l'evento acuto ivi compreso il trasferimento da altro reparto cod. 28 per avvicinamento al luogo di residenza o facilitazione del reinserimento sociale;
- punteggio della scala A.S.I.A. (American Spinal Injuriy Association) all'ingresso uguale a A, B o C;
- punteggio all'ingresso alla scala SCIM (Spinal Cord Indipendence Measure) 0-20 se tetraplegici e 0-40 se paraplegici;
- trasferimento da reparto per acuti e modalità di accesso in riabilitazione come primo ricovero associato ad un "evento acuto con ricovero";

oppure se:

- codice di specialità di reparto 28;
- regime di ricovero ordinario;
- paziente mieloleso;
- ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate nel paragrafo 2.1 ai punti 1-3, ricovero di paziente in *discontinuità* con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o rivalutazioni;
- punteggio della scala A.S.I.A. (American Spinal Injury Association) all'ingresso uguale a A, B o C;

Si precisa che per tutte le dimissioni afferenti alla specialità cod. 28 che non rispettano i suddetti criteri verranno adottate le tariffe per l'attività cod. 56 di cui al DCA 310/2013 "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.10.2012" senza abbattimento per durata della degenza.

Si precisa inoltre che solo una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 5%, potrà provenire in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni, superata tale percentuale verrà effettuato un controllo mirato al 100% di appropriatezza e congruità sull'intera casistica in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni. La durata della degenza per la totalità della specifica casistica in discontinuità non potrà essere superiore a 30 giorni;

2.4 DOCUMENTAZIONE DA CONSERVARE NELLA CARTELLA CLINICA O RIABILITATIVA

Nella cartella clinica o riabilitativa dovrà essere presente, in aggiunta a quanto già previsto, sia per i ricoveri in *continuità* che in *discontinuità*, la seguente documentazione:

- copia della scheda A.S.I.A. all'ingresso ed alla dimissione;
- documentazione informativa sulla data dell'evento acuto;

2.5 CONTROLLO MIRATO SU CARTELLA CLINICA

Per i ricoveri dichiarati dagli erogatori come rispondenti alla definizione per le GM di cui al punto 2.1 ed in base ai criteri operativi di cui al punto 2.3 del presente allegato, ad automatica integrazione di quanto già in vigore per i controlli esterni, la Regione si riserva la possibilità di effettuare un controllo mirato su cartella clinica, anche al 100%, di appropriatezza e congruità.

Si precisa inoltre che solo una piccola quota dei ricoveri totali, non superiore al 5%, potrà provenire in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni, superata tale percentuale verrà effettuato un controllo mirato al 100% di appropriatezza e congruità sull'intera casistica in discontinuità con l'evento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni.

2.6 FASE TRANSITORIA ADEGUAMENTO SISTEMA INFORMATIVO RAD-R

Al fine di permettere l'adeguamento del tracciato record del Sistema Informativo RAD-R, che attualmente non contiene tutte le variabili utili alla individuazione dei casi di GM (ad esempio classificazione A.S.I.A), è prevista una fase transitoria fino al 30/06/2015.

Nella fase transitoria, necessaria all'adeguamento del RAD-R, il Rappresentante legale e il Direttore Sanitario della struttura, per i pazienti registrati nel sistema RAD-R che rispettano i criteri di cui al punto 2.1, dovranno autocertificare il possesso dei criteri stessi e garantire la conservazione nella cartella clinica/riabilitativa, della documentazione specificata nel punto 2.4.

Si precisa che l'autocertificazione dovrà essere trasmessa all'Area Regionale competente per la gestione dei Sistemi Informativi e dovrà contenere numero nosologico, data di ammissione e data di dimissione per ciascuna dimissione rientrante nella definizione di cui al punto 2.1.

Per i ricoveri indicati in autocertificazione come rientranti nella suddetta definizione GM e per i quali viene attribuito quanto previsto come tariffa dal DM 18.10.2012 la Regione si riserva la possibilità di effettuare un controllo esterno mirato anche sul 100% delle cartelle dichiarate.

Si precisa che in assenza della sopra descritta dichiarazione da parte dell'erogatore di quali siano le dimissioni specialità cod. 28 che rispettano i criteri di cui al punto 2.1, alle stesse verranno applicate le tariffe per l'attività cod. 56 di cui al DCA 310/2013 "*Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.10.2012*" senza abbattimento per durata della degenza.

ALLEGATO 2 - Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per gli anni 2014-2015 per attività cod. 28 e cod. 75 con onere a carico del SSR

| 103-120909 - IRCCS FONDAZIONE SANTA LUCIA | | | | | BUDGET ANNUALE CON VALENZA 2014 - 2015 | | |
|---|-----|----|--------------------------|------------------------------|--|-----------|-------------------|
| POSTI LETTO ACCREDITATI | RO | DH | GG erogabili RO (PLX365) | GG erogabili DH (PLX365X1,7) | RO | DH | TOT |
| Unità funzionale di degenza di Neuro-riabilitazione cerebrolesioni acquisite (Cod. 75 - MDC 1) Regime Ordinario | 140 | | 51.100 | | 24.017.000 | | 24.017.000 |
| Unità funzionale di degenza di Centro Spinale (Cod. 28 - MDC 1) [*] Regime Ordinario | 24 | | 8.760 | | 4.117.200 | | 4.117.200 |
| Altri PL Accreditati eccetto (Cod. 75 MDC 1) | 132 | 24 | 48.180 | 14.892 | 13.138.686 | 3.045.861 | 16.184.547 |
| TOTALE | | | | | | | 44.318.747 |

[] I 24 posti letto ordinari indicati nel DCA 108/2014 come "Unità Funzionale di degenza di Centro Spinale (cod. 75 - MDC1)" devono considerarsi come "Unità Funzionale di degenza di Centro Spinale (cod. 28 - MDC1)"*

| 112-120277 - SAN RAFFAELE CASSINO | | | | | BUDGET ANNUALE CON VALENZA 2014 - 2015 | | |
|---|----|----|--------------------------|------------------------------|--|----|------------------|
| POSTI LETTO ACCREDITATI | RO | DH | GG erogabili RO (PLX365) | GG erogabili DH (PLX365X1,7) | RO | DH | TOT |
| Neuroriabilitazione alta intensità - Cod.75 | 20 | | 7.300 | | 3.431.000 | | 3.431.000 |
| TOTALE | | | | | | | 3.431.000 |