

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n. *U00128* del

7 APR. 2014

OGGETTO: Atto di autotutela sui Decreti del Commissario ad acta n. U00089 del 27 settembre 2011 e n. U00149 del 6 agosto 2012. Disposizioni conseguenti.

IL 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;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013;

VISTI per quanto riguarda le regole di controllo e la conseguente liquidabilità delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate:

- DGR n. 2611 del 6 maggio 1997;
- DGR n. 1455 del 8/11/2002 "*Aggiornamento del Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS)*";
- la normativa portante regole per la corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera ed in particolare:
D.M. n. 380 del 27 ottobre 2000;
Allegato 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, ex art. 4, co. 2, D. Lgs. n. 281/97 ;
- DGR 11 luglio 2006 n. 408 pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 26 del 20 settembre 2006;
- DGR n. 864 del 28 giugno 2002 e successive modifiche ed integrazioni;
- art. 70 della Legge regionale 6 febbraio 2003, n. 2 "*Determinazione delle sanzioni relative ai controlli esterni per l'attività di ricovero*", con le modalità esplicitate all'Allegato 5 della DGR n. 731/05 e ribadite all'Allegato 4 della Deliberazione di Giunta Regionale n. 143/06;
- DGR n. 996 del 10 luglio 2001 "*Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero*" e la successiva DGR n. 1178 del 14 novembre 2003 "*Piano Sanitario Regionale 2002/2004 – Indirizzi strategici: appropriatezza ed efficacia degli interventi*

sanitari – Sistema regionale dei controlli esterni dell'attività ospedaliera. Modifica della DGR 996/01";

-Direttiva n. 3 del 28 febbraio 2005 del Direttore Generale dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP);

-DGR n.427 del 14 luglio 2006 "*Potenziamento del sistema regionale dei controlli esterni sull'attività ospedaliera. Modifica della D.G.R. 1178/03 e successive integrazioni e modificazioni*";

-DGR n. 922 del 21/12/2001, per la parte relativa all'ampliamento della tabella B dell'All. 4 alla DGR n. 143/06 con ulteriori 4 DRG a rischio inappropriata con le relative soglie di ammissibilità;

- Determinazione della Regione Lazio n. D 2804 del 10 agosto 2007 "*Directive in attuazione della DGR n. 436/07. Flussi informativi e fatturazione delle prestazioni sanitarie*";

-DCA n.58/2009 recante "Il sistema regionale dei controlli sull'attività assistenziale sanitaria";

-DCA del 26 marzo 2012, n. 40, recante: "*DCA n. 58/2009: "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica – L.133/08, art. 79, comma 1 septies". Modifiche ed integrazioni*";

DATO ATTO

che l'Ospedale Israelitico è un ospedale classificato giusta DGR n. 662 del 11 marzo 1975, accreditato per il SSR già dalla Convenzione del 5 marzo 1987 n. 115, che svolge attività medico chirurgica in regime ospedaliero ordinario, day surgery, day hospital e ambulatoriale;

che OI nei tempi previsti dalla L.R. n. 4/2003, e relativi regolamenti di attuazione, ha proposto in data 25/6/2007 le istanze di rinnovo dell'autorizzazione ed in data 19/12/2007 le istanze di rinnovo dell'accreditamento istituzionale, corredate delle schede di autovalutazione in relazione all'autorizzazione e all'accreditamento definitivi;

che sulla domanda della struttura interessata, a seguito della prescritta istruttoria e sopralluogo in contraddittorio e del conseguente attestato di conformità rilasciato dal Direttore Generale della ASL RM/D all'esito delle verifiche concluse atto prot. N. 32737 del 9/4/2013, è stato emesso il Decreto del Commissario ad acta n.U00212 del 29 maggio 2013, avente ad oggetto "*Provvedimento di conferma del titolo autorizzativo e rilascio di accreditamento istituzionale definitivo all'Ospedale Israelitico...*" che, tra l'altro, riconosce all'Ospedale Israelitico l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale definitivi per la specialità di odontoiatria a livello ambulatoriale e non anche in regime di ricovero ordinario né diurno;

che è in corso un procedimento di rettifica del suddetto DCA comunicato ad OI con nota prot. n. 103769 del 19 febbraio 2014;

CONSIDERATO:

che ai fini di una completa ricostruzione del regime di accreditamento della struttura in questione, è necessario ricordare i seguenti provvedimenti:

- DGR 2069/1999;
- DGR 594/2000;
- DGR 43/2002;

ACCERTATO

dall'esame dei suddetti provvedimenti che l'OI non risulta accreditato per l'erogazione di prestazioni odontostomatologiche in regime di ricovero ordinario o diurno;

ACCERTATO, altresì,

Che ciò risulta confermato dallo stesso OI con la prot. N. 1546/OI del 6 giugno 2007 con la quale comunicava la propria organizzazione interna, dalla quale si evince chiaramente che nel day hospital medico chirurgico non veniva contemplato lo svolgimento dell'attività di odontoiatria;

che in data 9 agosto 2010 con nota prot. n. 74685 la ASL Roma D, chiariva che:

- l'ospedale era stato classificato per complessivi 120 posti letto così distribuiti:
 - Divisione di medicina generale n. 30 pp.ll.;
 - Divisione di geriatria n. 37 pp.ll.;
 - Sez. autonoma di bronco pneumologia n. 9 pp.ll.;
 - Sez. autonoma di angiologia n. 14 pp.ll.;
 - Sez. autonoma di endoscopia n. 8 pp.ll.;
 - Sez. autonoma di cerebrovascolari n. 10 pp.ll.;
 - Sez. autonoma di cardiologia n. 12 pp.ll.;
- con DRG 594/2000 veniva ratificato l'accordo del 1999 che consentiva all'OI l'immediata attivazione di n. 12 posti letto di d.h. da destinarsi ad attività mediche e chirurgiche, limitatamente alle specialità accreditate anche in assenza di posti letto in riconversione di pp.ll. di degenza ordinaria;

PREMESSO

che il 28 aprile 2009 con nota 38558 la Asl Roma D comunicava all'ASP di aver promosso, oltre ai controlli in esecuzione della Delibera n. 427/2006, una ulteriore verifica sui DRGs 168 (interventi sulla bocca con cc) e 169 (interventi sulla bocca senza cc) con criterio "random" su 50 cartelle relative all'anno 2008, dai quali era emerso:

- 1) che la diagnosi principale "*atrofia della cresta alveolare*" non poteva essere confermata, stante l'assenza all'interno delle cartelle cliniche di accertamenti diagnostici e/o referti utili a confermarla;

- 2) che le “procedure chirurgiche” avevano il codice 24.2 (gengivoplastica con innesto osseo) senza che fossero suffragate da adeguata documentazione relativa all’innesto autologo o eterologo, trattandosi in effetti semplicemente di estrazioni dentarie;
- 3) che esse venivano codificate e trasmesse nel sistema SIO anziché con il codice di odontostomatologia, con il diverso codice di specialità previsto per l’ortopedia;

che l’8 maggio 2009, con nota prot. n. 41585, la ASL Roma D provvedeva alla contestazione dei controlli all’OI e invitava la struttura a fornire le proprie controdeduzioni;

che ancora l’8 maggio 2009, con nota prot. n. 41927, la ASL Roma D rappresentava all’allora Commissario *ad acta* e ai Direttori Regionali di aver rilevato, nell’ambito dei controlli dell’attività eseguiti presso l’Ospedale Israelitico, *“delle anomalie nella erogazione di alcune prestazioni di ricovero in regime ordinario e di day hospital”*;

che in data 10 luglio 2009, con successiva nota prot. n. 63787, la ASL Roma D invitava nuovamente la struttura a fornire le proprie controdeduzioni, in assenza delle quali avrebbe provveduto al recupero degli oneri relativi alla casistica DRGs 168 e 169;

che in data 14 luglio 2009, con lettera protocollata in arrivo al n. 2606, OI respingeva le contestazioni sollevate dalla ASL, ritenendo che *“evidentemente per tutti e 50 i casi di cui alle predette cartelle non vi è stato riscontro del foglio operatorio che, come noto, è parte integrante della cartella clinica”* e che si sarebbe trattato, in sostanza *“di interventi chirurgici che impongono, per loro natura la necessità di un adeguato monitoraggio del cittadino/utente/paziente, al fine di evitare eventuali (quand’anche rare) ripercussioni di natura medico-legale al verificarsi di complicanze (specie emorragiche) che seppur poco frequenti, sono comunque ampiamente descritte in letteratura”*, ed infine, che gli accertamenti non presenti derivano dal fatto che in moltissimi casi i pazienti si sarebbero recati presso la struttura con accertamenti già effettuati presso altre sedi, e che *“le contestazioni relative alla correttezza della procedura chirurgica non appaiono del tutto chiare”*;

che in data 22 ottobre 2009 con nota pro. n. 96551 la ASL Roma D, richiamava la DGR 18 gennaio 2001 n. 43, con la quale l’OI era stato *“autorizzato a variare l’organizzazione interna, prevista nell’ambito dei 120 posti letto provvisoriamente accreditati, prevedendo l’istituzione di un Day Hospital Medico – Chirurgico dotato di 24 posti letto, senza alcuna specifica delle branche specialistiche ammesse”*

che in data 9 dicembre 2009, con lettera prot. di ingresso 4130, OI controdeduceva alle contestazioni mosse dai controllori della ASL, ritenendo non corretta la proposta di riclassificazione della attività compiute su diagnosi di *“atrofia di cresta alveolare”* da Drg chirurgico 169 in DRG medico 185;

che in data 23 dicembre 2009 ASL RMD, con nota prot. n. 117904, riportando l'esito dei controlli interni eseguiti su un campione di 534 cartelle che le erano state segnalate da Laziosanità ASP, indicava l'inappropriatezza di n. 2 cartelle cliniche, e l'incongruità di n. 67 cartelle cliniche "... con diagnosi di ammissione di "atrofia della cresta alveolare" con codice di codifica 525.2, e procedura con codice di codifica 24.2 'gengivoplastica con innesto osseo o di tessuto molle'. Poiché la procedura adottata non prevede innesto osseo autologo o eterologo, come precisato dal codice 24.2, indicato dalla struttura, ma l'utilizzo per via topica di materiale di diversa natura, stimolante la riparazione ossea, si è proceduto alla ricodifica della procedura..."; segnalava inoltre la Asl che le suddette prestazioni erano state erogate in regime di Day Hospital chirurgico, e che dal momento che i pl di DH chirurgico derivavano da una riconversione di pl ordinari, non si sarebbe potuta effettuare tale attività specialistica, in quanto accreditata soltanto per il regime ambulatoriale e non per il regime di ricovero; la ASL concludeva quindi evidenziando che "*si ritiene che tale attività specialistica non possa essere erogata in regime di day hospital*;

che in data 9 febbraio 2010, con nota prot. n. 1523, l'ASP rappresentava che in occasione del controllo straordinario effettuato in ottemperanza a quanto disposto dall'Autorità Giudiziaria, con la consulenza e supporto al controllo di Medico Specialista in Odontoiatria, su n. 183 cartelle cliniche relative a ricoveri ospedalieri nel corso degli anni 2007, 2008, 2009, attribuiti ai DRg 063, 169, era emerso che l'uso fatto da OI dei codici di procedura principale 24.2 "Gengivoplastica o Gengivoplastica con innesto osseo o di tessuto molle", e 79.61 "Innesto osseo su ossa facciali – innesto di osso facciale di tipo: autogeno, dalla banca ossea eterogeno" era risultato "*incongruo nella totalità delle cartelle cliniche poiché in nessuno dei fogli operatori risulta, in base alla descrizione dell'intervento, l'effettuazione di chirurgia plastica ricostruttiva della gengiva né con tessuto molle né con innesto di osso*", specificando altresì quanto accertato nei singoli casi; con la medesima nota l'ASP precisava anche che "*tutte le prestazioni ... sono presenti nel nomenclatore tariffario – prestazioni di specialistica ambulatoriale – vigente nella Regione Lazio e afferiscono alla branca 35, odontostomatologia*";

che in data 26 febbraio 2010 con nota prot. n. 19548 la ASL Roma D chiedeva all'ASP la valorizzazione degli abbattimenti all'esito dei controlli di cui alla nota prot. n. 117904 del 23.12.2009;

che in data 8 aprile 2010 con nota prot. n. 46668 indirizzata ad OI, ad ASP e alla ASL RMD, la Regione rappresentava che tra le parti "... si era convenuto, al fine di dirimere la controversia e di consentire alla struttura interessata di far valere nel modo più ampio le proprie controdeduzioni, di dare mandato a Laziosanità di attivare le procedure previste dall'Allegato 1, punto 3.7. (discordanza sull'esito dei controlli) del DCA 58/2009", e chiedeva dunque all'OI di sospendere, temporaneamente, l'effettuazione delle procedure terapeutiche in attesa di chiarire le discordanze; chiedeva altresì all'ASP di estendere il controllo su tutte le cartelle relative ai ricoveri di cui ai

DRG 063, 168 e 169 negli anni 2007, 2008 e 2009, al fine di verificare se tutti i ricoveri suddetti presentassero le medesime anomalie già segnalate sul campione esaminato;

che in data 29 aprile 2010 con lettera prot. di ingresso n. 1080/10DS/OI, OI indicava i propri Esperti per il riesame dei controlli di specie;

che in data 24 maggio 2010, con nota prot. n. 50265, la ASL RM D, nel comunicare le problematiche connesse agli abbattimenti per l'esito dei controlli esterni, informava che non avrebbe proceduto alla liquidazione delle fatture meglio evidenziate nella nota;

che in data 30 giugno 2010 con nota prot. n. 8902 Laziosanità Asp trasmetteva alla Regione l'istruttoria relativa alla discordanza sull'esito dei controlli esterni relativi all'attività ospedaliera primo trimestre 2009 relativi anche all'OI;

che in data 29 luglio 2010 con nota prot. n. 95262 la Direzione Programmazione e Risorse del SSR chiedeva, tra l'altro, alla Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale, Autorizzazione Accreditamento e Attività ispettiva, di verificare il possesso dei titoli di autorizzazione ed accreditamento di OI, ed all'ASP e alla Asl Roma D di meglio rappresentare se tali prestazioni potevano, o meno, essere rese in regime di ricovero, e di fornire la complessiva valorizzazione dei DRG in questione, ai fini del loro scomputo dal saldo complessivo dovuto ad OI;

che in data 2 novembre 2010, a seguito delle irregolarità riscontrate, con nota prot. n.11193 del 2 novembre 2010 preceduta dalla nota prot. n.50969 del 16 aprile 2010 che invitava a rifiutare i flussi informativi non coerenti, la Regione Lazio invitava la ASL RM/D ad effettuare, con il supporto di Laziosanità ASP, il controllo completo di tutte le cartelle cliniche relative ai DRG 168, 169, 063 del quadriennio 2006-2009 e ordinava la sospensione della valorizzazione delle prestazioni sottoposte a controllo, fino all'esito del contraddittorio;

che tale procedura di controllo straordinario comportava l'esame di una grande mole di cartelle cliniche, e che il contraddittorio con OI risultava problematico nell'esito, cosicché la procedura si prolungava e la valorizzazione esatta dell'attività di OI tardava;

che, nel frattempo, su ricorso di OI il TAR Lazio, in sede cautelare, con ordinanza n. 3575/2010 autorizzava l'erogazione delle prestazioni con DRG 063, 168 e 169 in via interinale, fino alla definizione delle attività dei controlli, salva la facoltà della Regione di sospendere il pagamento;

DATO ATTO

che un anno dopo, in data 3 agosto 2011, con l'evidente intento di superare le contestazioni riguardo alle prestazioni di cui al quadriennio 2006-2009, veniva sottoscritto un "*Protocollo d'Intesa stipulato tra Regione Lazio, l'Azienda Sanitaria Locale Roma A, l'Azienda Sanitaria Locale Roma D ed Ospedale Israelitico*" approvato in data 27 settembre 2011 con Decreto U0089 del Commissario *ad acta*;

CONSIDERATO

che tale Protocollo, al punto 5 intitolato "*Cronoprogramma*" introduceva una forma di controlli *ad hoc*, in deroga alla normativa vigente e per il solo OI, in cui l'Amministrazione autolimitava i propri poteri-doveri di accertamento e valutazione, salva interlocuzione col privato accreditato, demandandoli, invece, ad una Commissione paritetica di rappresentanti ed esperti, per metà nominati da parte pubblica e per metà nominati da OI, vincolando gli stessi alla ricerca il più possibile del consenso. Per l'effettuazione dei controlli veniva dato un tempo di due anni e 6 mesi, al termine del quale "*le cartelle non controllate saranno ritenute...come tutte con esito positivo per l'OI*";

RITENUTO

che tale previsione di cui al punto 5) comportava l'introduzione di un'anomala forma di silenzio assenso non prevista per legge, in sostituzione dell'obbligatoria attività di liquidazione dei debiti della PA, attribuita, per legge, ai funzionari responsabili del procedimento;

CONSIDERATO

che tale Protocollo, inoltre, dando atto nelle premesse della legittimata riconversione di n. 12 p.l. di degenza ordinaria in day hospital da parte della DGR n. 3692/99, richiamava un'interpretazione fornita dall'Assessorato competente con nota del 13 settembre 1999, di estensione su quei posti dell'accreditamento per tutte le branche specialistiche anche ambulatoriali; al punto 2, concordava che "*le prestazioni di ricovero ordinario verranno riclassificate e remunerate con le tariffe dei ricoveri diurni se associate ad un DRG chirurgico, oppure con una tariffa pari ad un solo accesso del corrispondente DH medico in caso di DRG non chirurgico*";

RITENUTO

che il richiamo alla nota interpretativa non può servire di per sé a ritenere che sia stato accreditato il day hospital di OI anche per odontoiatria, perché tale competenza la nota dirigenziale non aveva, né a tale interpretazione si è dato seguito con un accreditamento effettivamente richiesto da OI ed accettato da Regione; che, infatti, nella domanda di autorizzazione ed accreditamento definitivi, avanzata nel 2007 con nota prot. n. 1546/2007 in ottemperanza alla D.G.R. 43/2002, OI comunicava la propria configurazione organizzativa di posti letto, sia in sede ordinaria che diurna, senza fare menzione della specialità di odontoiatria, ma indicando quest'ultima solo come specialità ambulatoriale, che come tale veniva poi riconosciuta con Decreto DCA U00212 del 29 maggio 2013;

che, infatti, l'accreditamento dei pl di dh per odontoiatria non sarebbe potuto derivare dalla semplice riconversione, perché mai OI ha avuto pl di degenza ordinaria per la specialità di odontoiatria;

che, a conferma di tale consapevolezza, sta il fatto OI ha indicato le prestazioni di preteso ricovero odontoiatrico, di cui chiedeva il pagamento, sotto la diversa voce di prestazioni di ortopedia;

che, in ogni caso, il controllo di tutte le cartelle cliniche ha confermato che, in effetti, non sono state erogate le procedure chirurgiche codificate, ma esclusivamente prestazioni odontoiatriche ambulatoriali, riconducibili al nomenclatore tariffario; cosicché l'asserita erogazione delle stesse in regime di ricovero non era richiesta, né appropriata, né comunque in alcun modo remunerabile a carico del SSN; né, peraltro, valutati i singoli casi dei pazienti trattati, sono state dimostrate situazioni eccezionali di necessità;

che in ogni caso, anche laddove tale attività fosse stata considerata come attività ambulatoriale, essa sarebbe stata comunque soggetta al vincolo del budget, sempre raggiunto con altre prestazioni dall'OI nel corso degli anni in questione;

che, pertanto, il riconoscimento del pagamento a day hospital di tali prestazioni, prevista nel *Protocollo*, non è in alcun modo legittimo né giustificato;

VISTO

che, al punto 1), il Protocollo approvato con DCA U0089/2011, inopinatamente ignorando le segnalazioni di anomalia già indicate sia da ASL RMD che da ASP relativamente alle prestazioni riconducibili ai DRG nn. 063, 168 e 169, prima ancora dell'inizio delle operazioni di controllo, reinseriva tutte le n. 1903 schede già scartate dal sistema in via automatica, di cui ben 1793 riconducibili al DRG 169. Inoltre, computandole per intero, assieme a tutte quelle già prodotte negli anni 2006-2009, le rendeva base di calcolo al fine della costruzione del budget degli anni successivi;

RITENUTO

che la previsione del punto 1) del Protocollo dell'agosto 2011 ha sortito l'effetto che OI si è visto, quindi, riconoscere, per l'anno 2010 con effetto retroattivo, e per gli anni dal 2011 in poi, e a tutt'oggi, un *budget* superiore a quanto spettante in base alla produzione riconoscibile, perché calcolato su una produzione che non avrebbe dovuto essere erogata, né valorizzata e riconosciuta a *budget*;

CONSIDERATO

che il D.P.C.M. 29 novembre 2001, che individua i livelli essenziali di assistenza e la D.G.R. 9376 del 30 dicembre 1997 e ss. mm., nell'ambito delle attività erogabili per conto e carico del SSN riconoscono che alcune prestazioni odontoiatriche possano essere erogate solo ed esclusivamente dalle strutture pubbliche;

DATO ATTO che, inoltre, il Protocollo:

-nelle premesse, dava atto dell'intento delle parti di regolamentare le modalità di effettivo pagamento dei crediti e degli interessi maturati dall'OI per tutte le prestazioni sanitarie complessivamente rese al SSR dal 2006 al 2009, rinviando il dettaglio alle somme individuate nell'ALL 1;

-che l'ALL. 1 riconosce, a titolo di remunerazione, tutta la produzione resa dalla struttura negli anni 2006-2008, anche *extra budget*, a differenza i quanto applicato a tutti gli altri ospedali classificati;

-che al punto 3 prevedeva una forma di recupero a garanzia, destinato ad essere vanificato dal meccanismo del silenzio-assenso;

- che al punto 13 prevedeva la rinuncia e l'abbandono dei giudizi pendenti riferiti alle prestazioni rese da OI tra il 2006 e il 2009, elencati all'ALL 2;

VISTO

che in data 10.11.2011 i Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze muovevano rilievi al DCA U0089/2011;

che i rilievi del Ministero non equivalgono ad annullamento, e che infatti, ad oggi, non sono stati effettivamente accolti e rimediati;

DATO ATTO

che otto mesi dopo l'adozione del DCA U0089, i controlli consensuali previsti nel Protocollo entro il termine di 2 anni e 6 mesi, pena la liquidazione automatica per silenzio assenso, non risultavano ancora effettivamente avviati, tanto che il Direttore della Direzione Programmazione e Risorse del SSR, con nota 107372 del 31 maggio 2012, chiedeva all'ASP di effettuare, in via straordinaria, controlli straordinari su tutte le cartelle cliniche;

che mentre i controlli di ASP erano in corso, in asserito recepimento delle osservazioni dei Ministeri, in data 13 luglio 2012 veniva adottato un ulteriore Accordo sottoscritto tra OI e Regione Lazio, ASL RMA e ASL RMD, ratificato dal DCA U00149 del 6 agosto 2012, con cui si apportavano modifiche ed integrazioni al protocollo concluso il 3 agosto 2011, dato atto che i controlli completi, già ordinati con nota prot. N. 11193 del 2 novembre 2010, non erano ancora stati eseguiti;

CONSIDERATO

che tale secondo Accordo, sul punto del riconoscimento del pagamento delle prestazioni in dh, riconfermava il Protocollo precedente, aggiungendo elementi, nessuno dei quali sostanziali;

Che, infatti, nelle premesse ripercorreva l'impegno della Regione Lazio, contenuto nelle DGR n. 3692/99 e 594/2000, a riconoscere la riconversione di 12 pl di ricovero

ordinario in day hospital *“limitatamente alle specialità già accreditate”* e riportava che con *“nota prot. N. 1898 del 20 ottobre 2000 il Commissario Straordinario della Azienda USL RMD...”* aveva espresso parere favorevole a che OI effettuasse nell’ambito di 10 pl di day hospital, già attivati per l’area medica, *“anche delle prestazioni di area chirurgica”*; dava atto che OI, nei tempi previsti, aveva proposto, in data 25/6/2007, le istanze di rinnovo dell’autorizzazione, ed in data 19/12/2007 le istanze di rinnovo di accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dalla L.R. n. 4/2003, e relativi regolamenti di attuazione;

-che esso inoltre dava atto dell’intervenuta Ordinanza n. 3575 con cui il TAR Lazio aveva riammesso OI all’erogazione delle prestazioni nelle more dei controlli;

- che al punto 4), in conclusione, interpretava il punto 4) del precedente Protocollo, nel senso che *“le prestazioni con DRG 63,168 e 169 sono remunerabili nei limiti in cui siano state rese in regime a ciclo diurno e non ordinario”*; cioè in dh, come previsto dal Protocollo 2011, appunto;

CONSIDERATO, inoltre, che tale secondo Accordo:

-non intaccava minimamente il punto 1) del precedente Protocollo, ed anzi al punto 1) lo riconfermava, andando proprio a rideterminare per il già trascorso anno 2010, all’esito dell’inserimento delle n. 1903 SDO, il *budget* per detto anno e, conseguentemente degli anni 2011 e 2012;

-al punto 3) rinunciava al sistema speciale di controlli consensuali che era stato previsto nel Protocollo di cui alla DCA U0089, per rientrare nel regime ordinario, ma al punto 4) prevedeva, a cosiddetto *“chiarimento”* del punto 4) del precedente Protocollo, *“che per “valorizzazione della prestazioni erogate” deve intendersi “liquidazione delle prestazioni erogate, fermo restando che le prestazioni con DRG 63,168,169 sono remunerabili nei limiti in cui siano state rese a ciclo diurno e non ordinario”*;

-in sostanza, l’Accordo 2012 sanciva l’inutilità dei controlli, pretermettendo la fase di liquidazione effettiva del credito, che finiva per coincidere con la semplice sua valorizzazione;

- confermava il Protocollo nella parti non modificate, e pertanto riconosceva tutta la produzione resa dalla struttura, anche oltre *budget*, per gli anni 2006-2008;

RITENUTO

che il combinato disposto dei due accordi, approvati con DCA U0089 e DCA U0149, ha, di fatto, ammesso l’erogazione di prestazioni non riconoscibili e non remunerabili a carico del SSR; ha, ancora, di fatto rappresentato una negazione dell’utilità dei controlli; configura una liquidazione in assenza di controlli, automaticamente conseguente alla semplice valorizzazione, e realizza l’estromissione delle competenze dei funzionari responsabili a tali controlli addetti;

-che con tale previsione, inoltre, mediante atti contrattuali, recepiti con DCA prima che fossero eseguiti i controlli di legge, si andavano a considerare come addirittura "liquidate" tutte le somme sulle quali risultavano, ormai evidenti, i rilievi di anomalia ed inappropriata segnalati da ASL RMD e da ASP, tanto che la Determina prot. n. D03341 del 4 giugno 2012 dell'Area Risorse finanziarie della Regione Lazio, per gli esercizi 2006-2011, le aveva congelate in quanto riferite alla produzione dei DRG anomali (063,168 e 169) e rispetto alle quali erano conclamate le segnalazioni di impossibilità di controllo positivo;

DATO ATTO

che i Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze con atto prot. N. 0000153-P in data 28/3/2013 sul DCA n. U0149 osservavano, tra l'altro: "*Si chiede come mai le prestazioni vengano remunerate prima dei controlli*", ben richiamando che "*non è precisato che le prestazioni liquidabili sono solo e soltanto quelle ritenute appropriate dopo i controlli*";

che le osservazione del Ministero non ricevevano seguito;

CONSIDERATO

che anzi, in esecuzione del DCA U0089 e U0149, in favore di OI, in data 4 aprile 2013 con Determinazione della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR n.B01315, veniva effettuata la "*ricognizione della remunerazione complessiva delle prestazioni rese...*" nell'ambito della quale veniva ricompresa, ai fini della remunerazione riconoscibile, anche la produzione resa nel quadriennio 2006-2009 con DRG 063, 168 e 169, per un importo complessivo pari a € 15.571.677,00, in precedenza considerato "sospeso" dalla Determinazione n.B03341 del 4 giugno 2012, fatto comunque salvo l'esito dei controlli esterni demandati ad ASP Laziosanità;

che in tal modo OI ha visto riconoscersi, prima della effettuazione di tutti i controlli, la liquidazione di un saldo in aumento per il quadriennio 2006-2009 corrispondente a tutto l'importo dei DRG 063,168 e 169, oltre a quello relativo alle n. 1903 SDO scartate;

-che OI si è visto riconoscere, in via del tutto esclusiva rispetto agli altri operatori e agli stessi cd. ospedali classificati, tutte le prestazioni rese, anche extra *budget* fino all'anno 2008, ancorché afferenti a DRG inappropriati, salvo successivo recupero;

DATO ATTO

che due mesi dopo, con nota 28 giugno 2013 prot. n.6698/DG l'ASP comunicava alla Regione Lazio gli esiti dei controlli sulle cartelle 2006-2009 con DRG 063,168 e 169, da cui emergeva che, su un totale di 12.981 ricoveri effettuati, in circa il 94% dei casi OI aveva erogato prestazioni odontoiatriche, quali protesi dentarie, estrazioni di dente, estrazioni di radici - tutte attività non invasive che avrebbero dovuto essere erogate in regime ambulatoriale - presentandole invece come ricoveri ortopedici e richiedendo,

perciò stesso, la relativa remunerazione in luogo di quella minore che sarebbe stata eventualmente spettante in regime ambulatoriale;

che, inoltre, dai controlli è emerso che sul numero di ricoveri inappropriati effettuati, sarebbero stati posti in essere n. 6.320 impianti di protesi dentaria, attività queste riconducibili, secondo il nomenclatore per la specialistica di cui alla D.G.R. n. 9376 del 30 dicembre 1997 e ss. mm. ed ii. (es. D.G.R. 562/2006 ecc.), a prestazioni odontoiatriche del "TIPO E", erogabili solo ed esclusivamente da strutture pubbliche;

che, peraltro, dai controlli è emerso che, per la quasi totalità delle cartelle trasmesse nel Sistema Informativo Ospedaliero, la struttura ha utilizzato impropriamente il codice branca n. 36 afferente l'Ortopedia, in luogo del codice di branca 35 che correttamente avrebbe dovuto essere utilizzato, laddove la Struttura fosse stata autorizzata ed accreditata per prestazioni di odontoiatria in regime ordinario/diurno;

CONSIDERATO

che ciò conferma la piena consapevolezza di OI di non essere autorizzata, né accreditata per odontoiatria se non ambulatorialmente, giacché, altrimenti, avrebbe trasmesso le relative prestazioni a mezzo codice branca n. 35;

CONSIDERATO

che la liquidazione anticipata sui controlli, consentita dai DCA U0089/2011 e U00149/2012, ha prodotto il danno del pagamento di prestazioni non riconoscibili e, pertanto, non liquidabili per gli anni 2006-2009, ma altresì il danno di riconoscere retroattivamente un *budget* 2010 più alto del dovuto, ed un danno che si è perpetuato con il conseguente riconoscimento di un *budget* più alto, dal 2007, e ancora oggi;

che più precisamente, il punto 1) dell'Accordo di cui al DCA 149/2012, per effetto del computo delle 1903 SDO già scartate, di cui 1793 relative al DRG 169, è intervenuto per il periodo pregresso a rideterminare il budget dell'anno 2010 in ulteriore aumento di € 1.618.164,03, portandolo a complessivi € 25.091.135,03;

che, inoltre, l'inappropriata rideterminazione in aumento del *budget* dal 2010 ha determinato, quale ulteriore vantaggio all'OI, l'aumento del *budget* per i successivi anni 2011, 2012 e 2013 da poter spendere per altre prestazioni, diverse da quelle riconducibili ai DRG 063,168 e 169 anomali, in palese contrasto con i criteri di corretta costruzione in serie storica dei *budget*;

CONSIDERATO

infine, che la determinazione dei *budget*, essendo costruita in sede storica, deve tener conto della produzione appropriatamente erogata dalla struttura nell'anno precedente e pertanto, nella fattispecie di produzione non riconoscibile, né remunerabile, i *budget* originariamente assegnati ad OI devono essere rideterminati;

DATO ATTO

che, all'esito dei controlli delle prestazioni rese negli anni 2006-2009, ad esclusione delle n. 1903 SDO, è emerso un tasso di incongruità e inappropriata per il 94%, ed in sostanza dunque la non debenza per l'importo complessivo di Euro 18.277.189,00, calcolato per gli anni 2006-2011, pari alla valorizzazione di tutte le prestazioni rese negli anni 2006-2011 riconducibili ai DRG 063,168 e 169, come da nota ASP prot. n. 7671/Cl del 25 luglio 2013;

DATO ATTO

Altresì della deliberazione n. 93 del 30 gennaio 2014 adottata dalla ASL ROMA D, con la quale, in attuazione della nota della Regione Lazio prot. n. 32568/GR/11/00 del 16 ottobre 2013, si provvede a definire la procedura relativa al recupero delle somme indebitamente riconosciute per la produzione riconducibile ai DRG 063, 168 e 169 relativa agli anni 2006/2011;

VISTA

La nota del'ASP prot. n. 7671/CL del 25 luglio 2013, nonché la comunicazione prot. n. 204896 del 4 aprile 2014 dell'Area Sistemi di Remunerazione Verifica e Controllo Attività Sanitaria, con la quale si conferma che l'importo da recuperare relativamente all'attività riconducibile ai DRG 063,168 e 169 svolta negli anni 2006/2011 è pari a € 18.277.189,00;

CONSIDERATO

Inoltre, che si impone un approfondimento istruttorio con riferimento all'attività c.d. ADI/ADO (Assistenza Domiciliare Integrata ed Oncologica), la cui prosecuzione oltre il termine del 2008 formava oggetto di specifica pattuizione nei citati Accordi oggetto del presente provvedimento di autotutela di cui ai citati DCA 89/2011 e 149/2012;

RITENUTO

Al fine di contemperare le esigenze di celerità e di completezza istruttorio, di dare mandato all'Area Programmazione Servizi territoriali e delle Attività Distrettuali e dell'Integrazione Socio Sanitaria di verificare, entro e non oltre 45 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento, la correttezza della esecuzione di detta attività e la conseguente spettanza della relativa remunerazione, anche avvalendosi a tal fine delle Aziende Sanitarie sul cui territorio l'attività è stata resa (ASL RM A e ASL ROMA D)

RITENUTO

- pertanto, che la ASL RMD, è tenuta, per la parte non corrisposta, a trattenere le somme non spettanti; mentre, per la parte già pagata, al recupero dell'importo di € 18.277.189,00; in 60 rate mensili, in analogia al termine massimo previsto dall'art. 64

della Legge Regionale n. 9/2005 e s.m.i., con applicazione degli interessi al tasso legale vigente, fatta salva la facoltà dell'OI di provvedere in termini più brevi;

- che per gli anni 2006-2008 occorre autoannullare i DCAU0089 e DCA U00149, con i consequenziali effetti di inefficacia degli Accordi dalle stesse approvati, nella parte in cui consentono la remunerazione delle prestazioni rese extra budget, con ciò anche riservando un trattamento di maggior favore ad OI, rispetto a tutti gli altri ospedali classificati che sono stati remunerati nei soli limiti del *budget*;

-che occorre autoannullare i DCA U0089 e DCA U00149 con consequenziali effetti di inefficacia *in parte qua* sugli Accordi dalle stesse approvati, nella parte in cui, valorizzando e liquidando le prestazioni anticipatamente ai controlli, per gli anni 2006-2009 hanno prodotto l'effetto di stabilizzare, in favore di OI, un *budget* per gli anni dal 2007 ad oggi, comprensivo di somme relative a prestazioni non riconoscibili;

- che, per l'anno 2010, occorre autoannullare i DCA U0089 e DCA U00149, con consequenziali effetti di inefficacia *in parte qua* degli Accordi dalle stesse approvati, nella parte in cui, valorizzando e liquidando le prestazioni di cui alle 1903 SDO anticipatamente ai controlli, hanno prodotto l'effetto di rideterminare il budget in aumento anche per l'importo di Euro 1.618.164,03 e un conseguente riconoscimento di prestazioni risultate non erogabili e, quindi, non riconoscibili;

- che occorre quindi provvedere alla rideterminazione complessiva dei budget per gli anni dal 2007 al 2013 compresi, tenendo conto del principio che la costruzione del *budget* in serie storica, deve considerare la produzione erogata dalla struttura non riconoscibile;

-che, invece, per l'anno 2014 in corso, il *budget* sarà correttamente determinato;

- che occorre, pertanto, annullare la Determinazione B01315 del 4 aprile 2013 che ha riconosciuto all'OI la remunerazione per gli anni 2006-2011 in attuazione dei protocolli dell'agosto 2011 e del luglio 2012;

VISTA

la nota prot. n.77951 del 7 febbraio 2014, con la quale la Regione Lazio ha comunicato ad OI l'avvio del procedimento di annullamento in autotutela del Decreto del Commissario *ad acta* n. n.U0089 del 27 settembre 2011 e del Decreto del Commissario *ad acta* n. U00149 del 6 agosto 2012;

ACCERTATO

che tale nota, inviata originariamente il 7 febbraio 2014 via fax e via mail, con scadenza fissata per il 14 febbraio 2014, non era stata inviata all'indirizzo PEC della struttura, e che dunque non era possibile avere piena certezza del fatto che essa fosse stata effettivamente ricevuta, e che dunque la struttura medesima fosse stata messa nella condizione di rappresentare le proprie eventuali deduzioni;

che tale incertezza ha reso necessario ed opportuno, vista l'inutile scadenza del 14 febbraio 2014, procedere nuovamente all'inoltro della suddetta comunicazione di avvio del procedimento a mezzo PEC (inviata in data 21 marzo 2014), assegnando un nuovo termine per invio di deduzioni e documenti alla data del 1° aprile 2014;

DATO ATTO

che né al termine del 14 febbraio 2014, né al successivo termine del 1° aprile 2014 risulta pervenuta alcuna memoria e/o documentazione a cura di OI all'indirizzo PEC della Regione Lazio indicato nella citata mail del 21 marzo 2014;

DATO ATTO

Altresì che presso il Tribunale di Roma è in corso procedimento penale per il delitto di truffa a carico del legale rappresentante, del direttore sanitario e di altri medici di OI per dichiarazione di false prestazioni sanitarie e richieste di rimborso al SSN;

VISTA

la nota dell'Avvocatura Regionale prot. n.216189 del 6 giugno 2013 di trasmissione del ricorso ex art.702-bis c.p.c. proposto dall'Ospedale Israelitico nei confronti della Regione Lazio per il pagamento di prestazioni rese dall'ospedale nel quadriennio 2006-2009 con DRG 063, 168 e 169, per un ammontare complessivo pari a € 11.719.216,71 (al netto di importi già ceduti);

la nota dell'Avvocatura Regionale prot. n. 35338 del 17 ottobre 2013 di trasmissione dell'atto di citazione notificato dall'Ospedale Israelitico per accertamento e condanna dell'amministrazione al pagamento di Euro 33.641.596,59, con istanza ex art. 186 ter c.p.c. per il pagamento di un credito ritenuto certo, liquido ed esigibile pari ad Euro 8.471.348,80;

RITENUTO

che i DCA U0089 e U00149 hanno approvato un meccanismo di Accordi che, consentendo la liquidazione delle prestazioni in via anticipata sui controlli, viola l'art. 270 r.d. 23 maggio 1924 n. 827 ed i principi fondamentali di contabilità pubblica;

che è doveroso e necessario per la PA recuperare somme di denaro pubblico indebitamente percepite, e bloccare gli effetti durevoli e futuri di una pregressa illegittimità, che portino danno al pubblico interesse;

DECRETA

1) di autoannullare per violazione degli artt. 8 *bis* comma 1 e 2, 8 *quater*, 8 *quinquies*, 8 *octies* del D. Lgs. n. 502/1992, degli articoli 7 e 13 della L.R. n. 4/2003 e ss.mm., i DCA U0089/2011 e U00149/2012 nella parte in cui, approvando il Protocollo

3 agosto 2011 e l'Accordo 13/2/2012, sottoscritti da OI, Regione Lazio, ASL RMA, ASL RMD, hanno consentito di porre a carico del SSR prestazioni non previste, e per le quali la struttura non aveva il titolo di autorizzazione e di accreditamento, determinando l'effetto di riconoscimento della produzione relativa agli anni 2006-2013 e di aumento del *budget* riconosciuto ad OI per gli anni dal 2007 ad oggi, al lordo degli importi relativi alle prestazioni non riconoscibili;

2) di autoannullare, per violazione dell'art. 270 r.d. 23 maggio 1924 n. 827 e dei principi fondamentali in materia di contabilità pubblica, i DCA U0089/2011 e U00149/2012 nella parte in cui, approvando il Protocollo 3 agosto 2011 e l'Accordo 13/2/2012, sottoscritti da OI, Regione Lazio, ASL RMA, ASL RMD, hanno previsto la liquidazione di crediti non previamente controllati, relativi a prestazioni non erogabili, salvo recupero successivo, determinando così l'effetto di riconoscimento della produzione relativa agli anni 2006-2013 e di aumento del *budget* riconosciuto ad OI per gli anni dal 2007 ad oggi, al lordo degli importi relativi alle prestazioni non riconoscibili;

3) di annullare la Determinazione B01315 del 4 aprile 2013 che ha riconosciuto all'OI la remunerazione per gli anni 2006-2011 in attuazione dei protocolli dell'agosto 2011 e del luglio 2012;

4) di dare mandato alla ASL RM D di provvedere, al recupero dell'importo di € 18.277.189,00, come quantificato dall'ASP con la citata nota prot. n. 7671/CL del 25 luglio 2013, confermato anche dall'Area Sistemi di Remunerazione Verifica e Controllo con nota prot. n. 204896 del 4 aprile 2014, in 60 rate mensili, in analogia al termine massimo previsto dall'art. 64 della Legge Regionale n. 9/2005 e s.m.i., con applicazione degli interessi al tasso legale vigente, fatta salva la facoltà dell'OI di provvedere in termini più brevi;

5) di dare mandato alla ASL RM D di trattenere definitivamente gli importi non ancora corrisposti e risultati non dovuti all'esito dei controlli, salvo che non siano stati ceduti definitivamente a terzi in buona fede, nel qual caso si procederà al recupero secondo quanto previsto sopra;

6) conseguentemente disporre, dando mandato all'Area Sistema di remunerazione e verifica e controllo attività sanitaria di operare tutti i necessari conteggi entro e non oltre 30 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento e, pertanto, di:

7.1) rideterminare il budget per gli anni dal 2007 al 2013 compresi, in quanto, costruiti in serie storica, tengono conto della produzione non riconoscibile, né remunerabile per la parte riconducibile ai DRG 063, 168, 169;

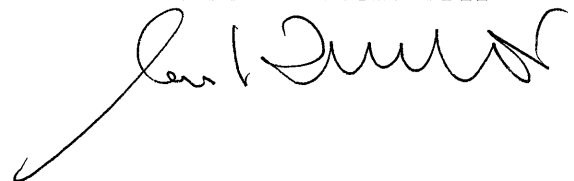
7.2) rideterminare, conseguentemente, la remunerazione, per gli anni dal 2006 al 2013 nei limiti dei budget come sopra rideterminati, e confermare di conseguenza gli importi oggetto di recupero;

- 8) di dare mandato alla ASL RMD di provvedere al recupero del saldo conseguente alle rideterminazioni di cui ai punti 6.1, 6.2, secondo le forme e i criteri di cui ai precedenti punti 1 e 2 decretati;
- 9) di determinare il *budget* per l'anno 2014 tenendo conto della rideterminazione dei budget di cui al presente Decreto;
- 10) di dare mandato all'Area Programmazione Servizi territoriali e delle Attività Distrettuali e dell'Integrazione Socio Sanitaria di provvedere, entro e non oltre 45 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento, all'approfondimento istruttorio con riferimento all'attività c.d. ADI/ADO (Assistenza Domiciliare Integrata ed Oncologica), allo scopo di verificare la correttezza dell'esecuzione delle attività ADI e ADO e la conseguente spettanza della relativa remunerazione, anche avvalendosi a tal fine delle Aziende Sanitarie sul cui territorio l'attività è stata resa (ASL RM A e ASL ROMA D), riservando all'esito ogni eventuale ulteriore determinazione idonea ad incidere sugli Accordi oggetto del presente provvedimento di autotutela;
- 11) nel caso in cui in esecuzione ed affidamento del Protocollo approvato con DCA U0089 OI avesse rinunciato ad azioni giudiziarie intraprese, di consentire a tutti gli effetti ad OI di ripristinarle, dando fin d'ora ordine alla difesa della Regione di non opporsi alla riproposizione e di rinunciare ad eccezioni di tardività o di prescrizione che da tali rinunce dovessero essere discese;
- 12) di fare, ovviamente, salva l'esecuzione o l'ottemperanza ad eventuali ordini definitivi e/o esecutivi dell'Autorità giudiziaria;
- 13) di disporre la notifica del presente provvedimento all'Ospedale Israelitico;
- 14) di fare comunque salva l'adozione di altri eventuali provvedimenti si rendessero necessari o utili all'esito del procedimento penale in corso a carico di rappresentanti di OI, e dell'accertamento di eventuali responsabilità penali a carico di OI stesso ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001;

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

Si dispone la comunicazione immediata del presente provvedimento alla parte interessata.

NICOLA ZINGARETTI



Roma, li 7 APR. 2014