

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

Oggetto: Integrazione Decreto Commissariale n. 368 del 17.11.2016 – Casa di Cura Mater Misericordiae

IL 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 successive modifiche ed integrazioni;
- la legge regionale 18 febbraio n. 6 e s. m. i.;
- Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i., con particolare riferimento all’art. 98;
- 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;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con cui l’Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato *sub* commissario nell’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la determinazione regionale G03680 del 13 aprile 2016;
- la determinazione regionale G04602 del 05 maggio 2016;

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: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio....Approvazione del "Piano di Rientro"*”;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;

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*”, ed 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 servizio sanitario nazionale 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 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 servizio sanitario nazionale 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:
 - 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),*omissis*....(art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

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 e che il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati non viola il legittimo affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha precisato che: "...*omissis*... *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 altresì come la stessa sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 abbia rilevato come "...*omissis*... *ovvi principi di buona amministrazione rendono opportuna l'esplicazione sia pure provvisoria di scelte programmatiche all'inizio dell'anno. Si deve, al riguardo, convenire con l'indirizzo giurisprudenziale (Cons. di Stato, sez. V n. 1252/2011; sez. III n. 4551 e n. 6811 del 2011) che valuta favorevolmente l'adozione di determinazioni che, nell'esplicazione di una discrezionalità piena in quanto orientata verso le prestazioni future, stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti provvisori sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore ed alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva*";

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa ha precisato che "...*omissis*... *chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto alla saluteomissis... 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);

VISTO il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 70 del 02.04.2015 avente ad oggetto *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 40 del 26.03.2012 avente ad oggetto *“DCA n. 58/2009: “Sistema dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica – L. 133/08, art. 79, comma 1 septies” Modifiche ed integrazione.”* il quale stabilisce che *“...Gli esiti dei controlli analitici su cartella clinica, sulla compilazione della documentazione clinica e sull’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri costituiranno elementi di valutazione nell’ambito degli accordi contrattuali...”*;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 200 del 22.05.2015 avente ad oggetto *“Documento Agenas–Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria “Riabilitazione nella Regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe”. Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete assistenziale riabilitativa”*;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 159 del 13.05.2016 avente ad oggetto *“Approvazione del documento Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”*;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 368 del 17.11.2016 avente ad oggetto *“Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere post-acuzie con onere a carico del SSR”*;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 377 del 17.11.2016 avente ad oggetto *“Approvazione del documento “Programmazione dell’offerta di posti letto di post-acuzie riabilitativa e medica”. Integrazione del DCA n. U00159/2016 “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”*”;

VISTA la nota prot. n. 623833 del 15.12.2016 con cui, a seguito della verifica della corrispondenza tra l’assetto programmato ex DCA n. 377/2016 ed il titolo di accreditamento istituzionale definitivo ex DCA n. 266/2016, è stato comunicato – ai sensi dell’art. 7 L. 241/90 s.m.i. – l’avvio del procedimento per la definizione del livello massimo di finanziamento 2016 degli ulteriori n. 5 posti letto di riabilitazione post-acuzie della Casa di Cura Mater Misericordiae;

RILEVATO che nell’avvio del procedimento sopra citato è stato stabilito di definire il livello massimo di finanziamento dei n. 5 posti letto suddetti mediante riproporzionamento del budget attribuito alla Casa di Cura Mater Misericordiae di cui al DCA n. 368/2016 tenuto conto del numero dei posti letto e della decorrenza del provvedimento di definizione del fabbisogno assistenziale (DCA n. 377/2016);

PRESO ATTO che il DCA n. 368/2016 ha attribuito alla suddetta struttura un budget 2016 relativo a n. 31 pp.ll. ordinari per un importo corrispondente di € 2.482.885;

PRESO ATTO che il DCA n. 377 del 17.11.2016 risulta pubblicato sul BURL n. 95 del 29.11.2016, supplemento 1;

RITENUTO pertanto di determinare, ai sensi dei criteri sopra definiti, il livello massimo di finanziamento dell’assistenza ospedaliera post-acuti per l’anno 2016 della Casa di Cura Mater

Misericordiae relativamente a ulteriori n. 5 pp.ll. ordinari cod. 56 in misura pari a € 35.109,00;

PRECISATO che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto decorre dal 29.11.2016;

PRECISATO che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto integra quanto già attribuito con DCA n. 368/2016;

STABILITO che per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie il livello massimo di finanziamento assegnato per le prestazioni in regime ordinario non potrà essere utilizzato per le prestazioni erogate in day hospital;

CONFERMATO che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni ospedaliere post-acuzie, di cui al presente decreto, è comprensivo anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);

CONSIDERATO che nell'ambito della configurazione di accreditamento e del budget assegnato, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa;

RITENUTO necessario demandare all'Area regionale competente la verifica della coerenza tra produzione erogata (in termini di presenze) e posti letto accreditati;

RIBADITO che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;

CONFERMATO che qualsiasi provvedimento in essere di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento, con la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;

CONFERMATO che l'Erogatore è tenuto 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 di finanziamento non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;

CONFERMATO che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

RITENUTO che la competente Azienda sanitaria dovrà vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;

STABILITO, ai sensi di quanto previsto nelle determinazioni n. G03680/2016 e n. G04602/2016, di rinviare all'Area competente la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;

RITENUTO, per quanto non specificatamente disciplinato nel presente provvedimento, di confermare quanto previsto nel DCA n. 368/2016;

RIBADITO quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 2, D.Lgs. 502/92;

DECRETA

Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

1. che il livello massimo di finanziamento dell'assistenza riabilitativa post-acuzie per l'anno 2016 della Casa di Cura Mater Misericordiae relativamente a ulteriori n. 5 pp.ll. ordinari cod. 56 è determinato in misura pari a € 35.109,00;
2. che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto decorre dal 29.11.2016;
3. che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto integra quanto già attribuito con DCA n. 368/2016;
4. che per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie il livello massimo di finanziamento assegnato per le prestazioni in regime ordinario non potrà essere utilizzato per le prestazioni erogate in day hospital;
5. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni ospedaliere post-acuzie, di cui al presente decreto, è comprensivo anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari);
6. che nell'ambito della configurazione di accreditamento e del budget assegnato, le prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR devono essere rese nel rispetto degli obiettivi di programmazione e di indirizzo regionale, dei criteri di congruità e appropriatezza, nonché con finalità di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate, tenendo conto del governo delle liste d'attesa;
7. di demandare all'Area regionale competente la verifica della coerenza tra produzione erogata (in termini di presenze) e posti letto accreditati;
8. che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;



9. che qualsiasi provvedimento in essere di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamenti, 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 Servizio Sanitario Regionale, fatte salve le diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate a garantire la continuità assistenziale;
10. che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
11. che la competente Azienda sanitaria dovrà vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;
12. di rinviare, ai sensi di quanto previsto nelle determinazioni n. G03680/2016 e n. G04602/2016, all'Area competente la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;
13. di confermare, per quanto non specificatamente disciplinato nel presente provvedimento, quanto previsto nel DCA n. 368/2016;
14. di ribadire quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 2, D.Lgs. 502/92.

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 sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

Roma, li 10 GEN. 2017

NICOLA ZINGARETTI

[Handwritten signature]