

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 10 gennaio 2020, n. U00006

**Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per la Casa di Cura Villa Betania gestita dalla GIOMI s.p.a. - anno finanziario 2019.**

**Oggetto: Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per la Casa di Cura Villa Betania gestita dalla GIOMI s.p.a. - anno finanziario 2019.**

## **IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:**

- l'art. 120 della Costituzione;
- 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 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-Regioni;
- l'articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il DCA n. 303 del 25 luglio 2019 avente ad oggetto: "*Adozione del piano di rientro «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021» ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo*";
- il DCA n. 469 del 14 novembre 2019 avente ad oggetto: "*Adozione in via definitiva del piano di rientro «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021» ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo*";

**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 Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la DGR del 24 aprile 2018 n. 203 di modifica del regolamento generale di organizzazione riorganizzazione delle Direzioni regionali Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, "*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*" e D.G.R. 252/2018 di differimento al 6 giugno 2018 del termine di entrata in vigore della D.G.R. 203/2018;

- la DGR del 1 giugno 2018, n. 252 *“Modifiche alla deliberazione di Giunta regionale n. 203 del 24 aprile 2018”*, con la quale si è provveduto a posticipare il termine previsto per le modifiche dell’assetto organizzativo delle strutture della Giunta regionale dal 1 giugno 2018 al 6 giugno 2018;
- la DGR del 5 giugno 2018, n. 271 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al dott. Renato Botti;
- la Direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 33759;
- la Determinazione G07633 del 13 giugno 2018, recante: *“Istituzione delle strutture organizzative di base denominate «Aree» e «Uffici» della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 337598”*;

**VISTI, per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:**

- Il Regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e s.m.i.;
- il D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.;
- il D.Lgs 21 dicembre 1999 n. 517 e s.m.i.;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4, concernente *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”*;
- l’Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 10 luglio 2014, rep. n. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014-2016;
- il D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007 n. 2 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007 n. 13 e s.m.i.;
- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;

**VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, in particolare:**

- l’art. 8-bis, comma 1, che prevede che *“le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies”*;
- 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 al suddetto art. 8-quinquies”*;
- l’art. 8-quater, comma 7, secondo cui *“Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l’avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l’accreditamento può essere concesso in via provvisoria per il tempo necessario alla verifica del volume di attività”*

*svolte e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneo concesso”;*

- l'art. 8-*quater*, comma 8, 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*”;
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2, che disciplina la stipula dei 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, globalmente 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);
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quater*, il quale prevede che: “*Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico [omissis] e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis*”;
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*;

### **CONSIDERATE le pronunce giurisprudenziali in materia ed in particolare:**

- che in modo costante e uniforme la giurisprudenza amministrativa ha confermato che la fissazione dei tetti di spesa rientra tra gli atti autoritativi e vincolanti di programmazione di esclusiva competenza regionale e rappresenta 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 livello massimo di finanziamento per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate non viola il legittimo affidamento di queste ultime, che rimangono libere di scegliere se operare nel mercato privato (*ex pluribus*, Cons. di Stato, ad. pl. n. 8/2006, n. 3/2012, n. 4/2012; Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014, n. 679/2013, n. 3372/2011; sez. V, n. 1252/2011; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 659/2013, n. 8549/2012);

- che la giurisprudenza amministrativa 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” (Cons. di Stato, ad. pl. n. 3/2012 cit.);
- che l’art. 8-*quinquies*, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. non prevede assolutamente la possibilità per le strutture di erogare prestazioni a carico del SSR commisurate alla capacità produttiva in accreditamento, essendo la sottoscrizione del contratto l’unico presupposto per tale erogazione, dal momento che, soltanto in virtù di detto accordo pattizio, viene assegnato alla struttura il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate: ciò significa che, ai sensi del combinato disposto degli artt. 8-*quinquies*, comma 2 e 8-*quater* comma 2 del citato decreto, la Regione acquista prestazioni in rapporto al fabbisogno e alle risorse disponibili e, quindi, anche al di sotto dell’offerta in regime di accreditamento delle strutture erogatrici (in tal senso, anche il consolidato orientamento giurisprudenziale secondo cui “nella determinazione dei tetti di spesa la regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili.....omissis.....I tetti di spesa per le strutture private accreditate sono infatti il modo con cui la regione stabilisce quanto può spendere per acquisire da operatori privati prestazioni che non è in grado di produrre direttamente in misura adeguata alle esigenze della collettività. In altri termini spetta alla regione pianificare, con ampia discrezionalità la spesa sanitaria pubblica e tale atto programmatico condiziona il diritto alla salute rendendolo compatibile con il suo costo finanziario” (Cons. di Stato, sez. III, 19 luglio 2011, n. 4359; sez. V, 11 agosto 2010 n. 5632; TAR Lazio, sez. III *quater*, 21 gennaio 2013, n. 659);
- che anche la più recente giurisprudenza amministrativa ha ribadito che “...omissis... chi intende operare nell’ambito della Sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque, ed in primo luogo, assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto della salute ...omissis... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato” (Cons. di Stato, sez. III, Ordin. n. 906/2015; TAR Abruzzo, L’Aquila, n. 585/2015);

**VISTI i provvedimenti di budget relativi all’acquisto di prestazioni ospedaliere da privato, in particolare:**

- il DCA n. 119 del 27 marzo 2019 recante “Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, ivi compreso F.R.A.C. per il Presidio Policlinico Casilino, gestito dalla Società Eurosanità S.p.A. – 1 Febbraio – 31 Dicembre 2019” e sua integrazione con DCA n. 214 del 7 giugno 2019;
- il DCA n. 151 del 30 aprile 2019 recante “Definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2019. Criteri di definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2020. Regole di remunerazione 2019-2021”;

- il DCA n. 347 del 6 agosto 2019 recante “*Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e post-acuti per il Presidio Policlinico Luigi Di Liegro gestito dalla società Policlinico Portuense S.p.A. - anno 2019*”;
- il DCA n. 497 del 12 ottobre 2019 recante “*Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti per la Casa di Cura ICOT gestita dalla GIOMI s.p.a. - anno finanziario 2019, a parziale rettifica di quanto disposto dal Decreto del commissario ad acta n. U00151/2019*”;
- il DCA n. 243 del 25 giugno 2019 recante “*Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015*”;

**VISTO** il DCA n. 421 del 9 settembre 2015 avente ad oggetto “*Casa di Cura Villa Betania, gestita dalla società Villa Betania Giomi S.p.a. (P. IVA 13459241009), in persona del legale rapp.te p.t., sede legale ed operativa sita in Via Nicolò Piccolomini, 27 - 00165 Roma. Approvazione dello schema di accordo d’intesa per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra la AUSL RME e la Casa di Cura Villa Betania nell’ambito della disciplina di cui all’art. 8bis del D.Lgs n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni*”;

**CONSIDERATO** che il DCA di cui al punto che precede, ha approvato lo schema di accordo d’intesa per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra la Azienda Sanitaria Roma E e la Casa di Cura Villa Betania nell’ambito della disciplina di cui all’art. 8bis del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., successivamente sottoscritto in data 5 febbraio 2016;

**VISTO** il DCA n. 256 del 4 luglio 2017 avente ad oggetto “*Conferma dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale definitivo alla Casa di Cura Villa Betania, gestita dalla società Villa Betania Giomi S.p.a. (P. IVA 13459241009), sita in Via Nicolò Piccolomini, 27 – Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell’ambito di quanto regolamentato dall’art.8 bis del D. Lgs. 502 del 1992*”;

**VISTO** il DCA n. 420 del 8 ottobre 2019 avente ad oggetto “*Modifiche e integrazioni al Decreto del Commissario ad Acta n. U00256 de 4.7.2019 concernente “Conferma dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale definitivo alla Casa di Cura Villa Betania, gestita dalla società Villa Betania Giomi S.p.a. (P. IVA 13459241009), sita in Via Nicolò Piccolomini, 27 – Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell’ambito di quanto regolamentato dall’art.8 bis del D. Lgs. 502 del 1992*”;

**RITENUTO** opportuno, a conclusione del procedimento di riconduzione definito con i provvedimenti sopra richiamati, stabilire il livello massimo di finanziamento per le prestazioni accreditate in favore della Casa di Cura per l’attività ospedaliera di acuzie e post-acuzie per l’anno 2019, sulla base della produzione lorda erogata nel corso dell’anno 2018 previa valutazione dell’attuale fabbisogno di salute del territorio di competenza dell’Azienda Sanitaria Roma 1;

**VISTA** la nota della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria n. prot. 846263 del 22 ottobre 2019 con la quale, al fine di definire il livello massimo di finanziamento riferito all’anno 2019, sono stati richiesti all’Area Sistemi Informativi/ICT, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti, i dati della produzione lorda erogata dalla Casa di Cura nell’anno 2018;

**VISTA** la risposta alla nota di cui al punto che precede, n. prot. 861082 del 28 ottobre 2019, con la quale sono stati forniti i dati di produzione, fra l'altro, delle prestazioni per acuzie e post-acuzie;

**VISTA** la nota della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria n. prot. 927423 del 18 novembre 2019 con la quale sono stati richiesti alla Azienda Sanitaria Roma 1 i dati della produzione lorda erogata dalla Casa di Cura nell'anno 2018;

**CONSIDERATO** che con la nota n. prot. 169722 del 6 dicembre 2019, l'Azienda Sanitaria Roma 1 ha sostanzialmente confermato i dati sulla produzione lorda erogata dalla Casa di Cura nell'anno 2018;

**VISTA** la nota n. prot. 1009912 dell'11 dicembre 2019 con la quale la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha comunicato l'avvio del procedimento alla Casa di Cura interessata e all'Azienda Sanitaria Roma 1, finalizzato alla definizione del livello massimo di finanziamento delle attività ospedaliere accreditate in favore della medesima per l'anno 2019, precisando (i) che il criterio di finanziamento prende a riferimento la produzione lorda dell'anno 2018 rilevata dai Sistemi Informativi regionali e che (ii) l'eventuale finanziamento delle prestazioni riabilitative di lungodegenza non erogate nell'anno 2018 ma attualmente accreditate, potrà avvenire in base alla valutazione demandata all'Azienda Sanitaria Roma 1 ed entro il limite della produzione lorda erogata nell'anno 2018;

**CONSIDERATO** che con nota acquisita agli atti della Regione n. prot. 1049422 del 24 dicembre 2019, l'Azienda Sanitaria di Roma 1, con riferimento al finanziamento indicato con nota prot. n. 1009912 dell'11 dicembre 2019, ha comunicato che la suddivisione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 fra le diverse "Tipologie Assistenziali di Degenza" erogabili dalla Casa di Cura, è quella riportata nel seguente schema:

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	SUDDIVISIONE BUDGET
DEGENZA PER ACUTI	12.785.696,10
RIABILITAZIONE POST ACUZIE - RICOVERO ORDINARIO	2.454.442,50
RIABILITAZIONE POST ACUZIE - DH	206.210,40
LUNGODEGENZA POST ACUZIE	1.618.848,00
<b>TOTALE</b>	<b>17.065.197,00</b>

**CONSIDERATO** che il livello massimo di finanziamento nonché i relativi criteri di determinazione e di remunerazione di cui al presente decreto potranno in ogni caso subire delle modifiche in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;

**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;

**RITENUTO** che la competente Azienda Sanitaria dovrà vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate, accreditate e contrattualizzate, nonché sui costi sostenuti (al netto dei ricavi) per lo svolgimento delle funzioni finanziate;

**RITENUTO** pertanto necessario definire il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 in favore della Casa di Cura Villa Betania, per un importo complessivo pari ad € 17.065.197,00 in base anche a quanto comunicato dall'Azienda Sanitaria RM1 con nota n. prot.1049422 del 24 dicembre 2019 e suddiviso per "Tipologie Assistenziali di Degenza" secondo il seguente schema:

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONE</b>	<b>SUDDIVISIONE BUDGET</b>
DEGENZA PER ACUTI	12.785.696,10
RIABILITAZIONE POST ACUZIE - RICOVERO ORDINARIO	2.454.442,50
RIABILITAZIONE POST ACUZIE - DH	206.210,40
LUNGODEGENZA POST ACUZIE	1.618.848,00
<b>TOTALE</b>	<b>17.065.197,00</b>

### **DECRETA**

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di definire il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 in favore della Casa di Cura Villa Betania, per un importo complessivo pari ad € 17.065.197,00 suddiviso per "Tipologie Assistenziali di Degenza" secondo il seguente schema:

<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONE</b>	<b>SUDDIVISIONE BUDGET</b>
DEGENZA PER ACUTI	12.785.696,10
RIABILITAZIONE POST ACUZIE - RICOVERO ORDINARIO	2.454.442,50
RIABILITAZIONE POST ACUZIE - DH	206.210,40
LUNGODEGENZA POST ACUZIE	1.618.848,00
<b>TOTALE</b>	<b>17.065.197,00</b>

- che i budget fissati con il presente decreto, sono da considerarsi tetti massimi invalicabili;
- di demandare all'Azienda Sanitaria RM1 l'individuazione della data di decorrenza del presente finanziamento al fine di individuarne la quota parte in fase di stipula del contratto con la Casa di Cura;
- di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disposto dal DCA n. 243/2019.



Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. La pubblicazione ha valore di notifica a tutti gli effetti per tutti i soggetti interessati.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

**NICOLA ZINGARETTI**