

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 14 gennaio 2020, n. U00012

Riorganizzazione delle cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata – Adozione tariffe anno 2020

Oggetto: Riorganizzazione delle cure domiciliari – Assistenza Domiciliare Integrata – Adozione tariffe anno 2020

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO
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: *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo*”, che ha modificato il DCA n. 303/2019 recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti;

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 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 Regionale n. G09050 del 2 ottobre 2019 avente ad oggetto: *“Integrazione e modifica alla determinazione del 2 ottobre 2018, n. G12275 “Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento*

della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257” e successive modifiche”;

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 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”;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019 n. 20;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., 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*;

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

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e ss.mm.ii., che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il DCA n. U0090/2010, recante: “*Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie - Requisiti ulteriori per l’accREDITAMENTO*” *Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d’uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell’art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l’accREDITAMENTO istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private. L.R. n. 3/2010) e s.m.i.*;
- il DCA n. 8 del 3 febbraio 2011, avente ad oggetto “*Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie” e s.m.i.*;
- i DCA n. 283/2017, n. 469/2017 di aggiornamento, tra l’altro, dei requisiti di accreditamento e n. 95/2018;

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);

VISTO il DCA n. 283 del 07/07/2017 avente ad oggetto “*Adozione dei “Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017”, proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti*”;

VISTO il DCA n. 95 del 22/03/2018 avente ad oggetto “*Approvazione delle tariffe per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017. Valutazione dell’impatto economico pluriennale. Determinazione delle Linee guida per la selezione del contraente: fasce di*

qualificazione e pesi ponderali; regole di assegnazione sulla base del principio di rotazione e modello esemplificativo per la valutazione delle performance a supporto della par condicio e della concorrenza”;

TENUTO CONTO che, coerentemente con i provvedimenti amministrativi sopra richiamati, sono state rilasciate le autorizzazioni all’esercizio ed i titoli di accreditamento ad alcuni erogatori privati;

VISTO il DCA n. 519 del 28/12/2018 avente ad oggetto “*DPCA n. U00283/2017: elenco soggetti qualificati ai sensi del DPCA n. U00095/2018 per le attività di cure domiciliari della Regione Lazio ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017*”;

VISTO l’Atto di Organizzazione n. G03944 del 3 aprile 2019 avente ad oggetto “*Decreto del Commissario ad Acta n. U00095 del 22.3.2018. Costituzione del Gruppo di Lavoro per il supporto tecnico e monitoraggio del percorso riorganizzativo del settore delle cure domiciliari (ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017) e nomina dei componenti*”;

CONSIDERATO che il summenzionato gruppo di lavoro è stato istituito con il compito di dare “*supporto tecnico e di monitoraggio delle attività del percorso riorganizzativo delle cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017 nel Lazio previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00095/2018*”;

VISTO il DCA n. 258 del 04/07/2019 avente ad oggetto “*Regione Lazio: Piano per il potenziamento delle reti territoriali. Adozione documento tecnico*” con il quale è stato approvato il “Piano per il potenziamento delle reti territoriali”;

TENUTO CONTO che nel Piano di cui al punto precedente viene espressamente indicato che “*...omissis... è emersa la necessità di prevedere ulteriori interventi regolatori per la corretta presa in carico dei pazienti complessi ...omissis... è emersa la necessità di utilizzare uno strumento di valutazione multidimensionale unico a livello regionale per dare omogeneità di risposta al cittadino e ...omissis... dovrà essere verificata la coerenza del sistema tariffario ex DCA 95/2018 con la nuova classificazione derivante dal sistema di valutazione unico*”;

PRESO ATTO che nel Piano per il potenziamento delle reti territoriali viene espressamente indicato che “*Il completamento del percorso di riorganizzazione delle Cure domiciliari prevede:*

- *l’attivazione di un sistema di valutazione multidimensionale unico a livello regionale;*
- *la verifica di coerenza dell’attuale sistema tariffario con la nuova classificazione derivante dal sistema di valutazione unico*”;

VISTO il DCA n. 417 del 08/10/2019 avente ad oggetto “*aggiornamento del DCA n. U00519/2018: elenco soggetti qualificati ai sensi del DCA n. U00095/2018 per le attività di cure domiciliari della Regione Lazio ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017*”;

TENUTO CONTO delle riunioni tenutesi presso la sede della Regione Lazio sul tema “*Percorso di Riorganizzazione delle Cure Domiciliari – ADI*” a cui hanno partecipato i rappresentanti della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria e le Associazioni di Categoria;

PRESO ATTO del verbale della riunione del 28 ottobre 2019 in cui viene rappresentato che *“l’applicazione del nuovo sistema di remunerazione, tenuto conto delle proiezioni utilizzate nel DCA n. U00095/2018 e delle rivalutazioni degli assistiti effettuate dalle Asl al 31 marzo 2019 per la riclassificazione degli attuali pazienti nel nuovo sistema, comporterebbe un rilevante incremento di spesa, che assorbirebbe interamente l’aumento delle risorse previsto per il 2020 e non consentirebbe di ampliare il numero dei soggetti assistiti in cure domiciliari”*;

PRESO ATTO che nel soprarichiamato verbale viene evidenziata *“la necessità di definire una fase transitoria di un anno, a far data dal 1° gennaio 2020, che consenta all’amministrazione regionale di rivedere il sistema di remunerazione e dell’offerta anche sulla base delle evidenze che emergeranno dall’utilizzo del sistema unico di valutazione”* e viene stabilito inoltre di *“applicare, per tutto il 2020, un sistema di remunerazione costruito su una tariffa, pari ad euro 30,00 ad accesso, per consentire l’avvio del sistema, mettendo in condizione tutti i soggetti erogatori, ivi compresi quelli di nuovo inserimento”*;

PRESO ATTO del verbale della riunione del 6 novembre 2019 in cui viene ribadito l’importo della c.d. tariffa/ponte *“pari a 30 euro ad accesso”* fermo restando essere *“essenziale garantire la qualità dell’assistenza”*;

PRESO ATTO che nel soprarichiamato verbale viene riportato che *“i rappresentanti delle associazioni evidenziano che il superamento delle 7 tariffe e il passaggio ad un unico sistema di rendicontazione ad accesso semplificherebbe l’avvio delle attività, non intaccando di fatto il quadro programmatico”*;

PRESO ATTO del verbale della riunione del 14 novembre 2019 in cui vengono proposte, dalla Regione Lazio, le seguenti tariffe:

- P1: € 27,00;
- P2: € 16,00;
- Alta complessità; € 120,00;
- Sollievo: € 108,00;
- PAI: € 30,00 per accesso.

PRESO ATTO del verbale della riunione del 14 novembre 2019 in cui *“dopo ampio e articolato dibattito, la Regione si impegna a valutare le tariffe seguenti, anche sulla base dell’invarianza degli impatti economici e di copertura della popolazione rispetto a quelle proposte”*:

- P1: € 18,00;
- P2: € 12,00;
- Alta complessità; € 142,21;
- Sollievo: € 108,00;
- PAI: € 30,00 per accesso.

TENUTO CONTO che nel verbale di cui al punto precedente si specifica che *“si tratterà di un periodo transitorio, verosimilmente della durata di 12-24 mesi, la cui applicazione, oltre che gli esiti del nuovo sistema di valutazione, consentirà di effettuare le opportune modifiche e gli interventi migliorativi, laddove ritenuto necessario”*;

CONSIDERATO che, come espressamente indicato nel verbale di cui al punto precedente, *“verranno remunerate solo le prestazioni e gli accessi registrati sul sistema informativo (SIAT)”*;

TENUTO CONTO di quanto emerso durante l’incontro del 26 novembre 2019 a cui hanno partecipato i Direttori Sanitari e i rappresentanti del servizio ADI delle AA.SS.LL. del Lazio;

PRESO ATTO del verbale della riunione del 12 dicembre 2019 in cui tra l’altro si stabilisce che *“la tariffazione è basata su accesso anziché su giornata di presa in carico”* e vengono fissati gli importi unitari per accesso o per prestazione di seguito elencati:

- P1 22,00;
- P2 14,00;
- Alta complessità 120,00;
- Pacchetto sollievo 108,00;
- Accesso 30,00.

PRESO ATTO altresì che nel su citato verbale viene evidenziato che *“Per un primo periodo e comunque non oltre il 30 giugno 2020, le ASL potranno procedere alla liquidazione delle prestazioni effettivamente erogate e documentate, anche ove vi sia una parziale trasmissione dei dati nel sistema informativo regionale, che comunque dovrà rivestire carattere di eccezione. Restano fermi gli obblighi di conferimento dati a NSIS”*;

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria – prot. n. 1043090 del 20/12/2019 di *“Comunicazione di avvio del procedimento, ex art. 7 della L. 241/1990 e s.m.i., per la revoca in parte qua del DCA 95/2018 e contestuale adozione tariffe provvisorie per le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) – anno 2020*;

PRESO ATTO delle osservazioni pervenute da parte della ASL VT in data 23 dicembre 2019 e ASL FR in data 27 dicembre 2019;

RITENUTO necessario revocare *in parte qua* il DCA n. 95/2018 nella parte in cui *“si ritiene di poter confermare e approvare definitivamente le tariffe per le cure domiciliari riportate nell’allegato B del DCA 283/17”*;

STABILITO che le tariffe di cui al presente provvedimento si applicano dal 1° gennaio 2020 ed esclusivamente agli erogatori privati accreditati che hanno sottoscritto l’accordo contrattuale di cui all’art. 8-*quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

RIBADITO che le tariffe di cui al presente provvedimento si applicano alle strutture private accreditate che, ai sensi della normativa vigente, possono erogare prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR; in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato;

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

DECRETA

- che, preso atto dei verbali richiamati nelle premesse, per l'anno 2020 si applicano le seguenti tariffe:
 - P1: € 22,00;
 - P2: € 14,00;
 - Alta complessità; € 120,00;
 - Sollievo: € 108,00;
 - Accesso € 30,00;
- che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, nel corso del 2020, dovrà individuare un nuovo sistema di remunerazione che tenga conto del nuovo sistema di valutazione multidimensionale;
- che le tariffe di cui al presente provvedimento si applicano dal 1° gennaio 2020 ed esclusivamente agli erogatori privati accreditati che hanno sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- che le tariffe di cui al presente provvedimento si applicano agli operatori privati accreditati che, ai sensi della normativa vigente, possono erogare prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR; in alternativa agli operatori resta la scelta di agire in qualità di soggetti autorizzati con oneri a carico del cittadino;
- la revoca *in parte qua*, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, del DCA n. 95/2018 nella parte in cui “*si ritiene di poter confermare e approvare definitivamente le tariffe per le cure domiciliari riportate nell'allegato B del DCA 283/17*”.

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