

Oggetto: *Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR per Assistenza per cure palliative (Hospice)*

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 "*Nuovo Statuto della Regione Lazio*" e s.m.i;
- 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 la quale il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR laziale;
- la delibera di Giunta regionale n. 271 del 5 giugno 2018, con cui è stato conferito l'incarico di Direttore Regionale della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria al Dott. Renato Botti;

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 delibera di 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: "*Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio [...] Approvazione del Piano di Rientro*";
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. 52 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto "*Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale»*" e s.m.i.;

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

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e s.m.i, che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. 90/2010 recante "*Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie - 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 smi*";
- il decreto del Commissario *ad acta* n. 8/2011 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;

- il decreto del Commissario *ad acta* n. 467/2017 avente ad oggetto “Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione” con il quale è stata individuata l’offerta attuale e quella programmata per le diverse fattispecie assistenziali territoriali;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. 469/2017 avente ad oggetto “Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”;

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

- l’art. 8-*quater*, comma 2 che prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli enti del SSN 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 SSN 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:
 - o 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);
 - o 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), [...] (art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera e-*bis*);
- 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*;

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa:

- ha precisato che: “Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l’esigenza che l’attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell’ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni” (Sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012);



- ha precisato che: “[...] 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 quale i livelli essenziali relativi al diritto di salute [...] 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 et al.);

VISTO, per quanto riguarda l’accordo contrattuale di cui all’art. 8-quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i:

- il DCA n. 324/2015 - così come modificato dal DCA n. 555/2015, dal DCA n. 249/2017 e dal DCA n. 231/2018 - con il quale viene adottato lo schema di contratto/accordo che le strutture private accreditate devono sottoscrivere;
- che il contratto all’art 6, comma 3 “Durata” stabilisce che *“Qualora alla scadenza del presente accordo/contratto la ASL non abbia ancora provveduto a proporre il nuovo accordo/contratto, il presente accordo/contratto si intenderà prorogato, agli stessi patti e condizioni, fino alla proposta di sottoscrizione del successivo accordo/contratto”*

TENUTO CONTO di quanto previsto dai precedenti provvedimenti commissariali i quali stabiliscono, tra l’altro, che:

- la Regione adotta il provvedimento di definizione del livello massimo di finanziamento complessivo assegnato per singola Azienda Sanitaria;
- le singole Aziende adottano un proprio provvedimento di assegnazione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata;
- le strutture private accreditate assegnatarie del livello massimo di finanziamento sottoscrivono il contratto con l’ASL competente per territorio, secondo lo schema ratificato con i decreti sopra richiamati;
- i criteri utilizzati nella fissazione del livello massimo di finanziamento sono i seguenti:
 - la Regione Lazio fissa il livello massimo di finanziamento complessivo per singola ASL, tenendo conto delle strutture che insistono sul territorio di loro competenza;
 - le prestazioni sono valorizzate applicando le tariffe vigenti;
 - le ASL effettuano la valutazione del fabbisogno di salute della popolazione di riferimento e, nei limiti delle risorse finanziarie assegnate, stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura in possesso dell’autorizzazione all’esercizio e del titolo di accreditamento, avendo attenzione che per le strutture cui sia stato rilasciato l’accreditamento ai sensi dell’art. 8-*quater*, comma 7 del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i (ossia che sono *“in attesa della verifica dell’attività svolta e della qualità delle prestazioni erogate”*) il tasso di occupazione non può essere superiore al 80%;
 - il tasso di occupazione, inoltre - tenuto conto del naturale *turn over* tra ingresso e uscita dei pazienti - non potrà essere superiore al 98% per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo;
 - le ASL devono tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
 - le ASL devono fissare il livello massimo di finanziamento tenendo conto del fabbisogno di salute della popolazione residente nell’intero territorio regionale;
 - le ASL possono stabilire il livello massimo di finanziamento per l’assistenza domiciliare, in funzione del fabbisogno di salute della popolazione e nel rispetto della configurazione prevista nel titolo di accreditamento, anche in misura inferiore al rapporto 1:4 tra posti residenziali e trattamenti domiciliari;

- gli importi che non vengono assegnati, in virtù delle disposizioni del punto precedente, potranno essere utilizzati esclusivamente a seguito dell'adozione di un successivo provvedimento regionale che ne definisca le modalità di utilizzo;

VISTA la nota prot. n. 140487 del 21.02.2019 con la quale la competente Area "Autorizzazione, Accreditamento e Controlli" ha trasmesso l'elenco aggiornato al 31 dicembre 2018 delle strutture in possesso del titolo di accreditamento che possono erogare prestazioni di assistenza in Hospice con onere a carico del SSR;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. 23/2010 il quale, oltre a stabilire che il rapporto tra posti residenziali e trattamenti domiciliari è 1 a 4, ha determinato le seguenti tariffe per la remunerazione delle prestazioni di Hospice erogate da strutture private con onere a carico del SSR:

- Euro 100,33 per la giornata domiciliare;
- Euro 202,80 per la giornata di ricovero;

STABILITO che il livello massimo di finanziamento per l'assistenza per cure palliative (Hospice) per l'anno 2019 è pari ad euro 73.031.393,00 (Allegato A);

STABILITO che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 alle strutture accreditate per le prestazioni per cure palliative (Hospice) verrà definito dalle rispettive ASL competenti per territorio;

TENUTO CONTO:

- che la definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
- che il livello massimo di finanziamento fa riferimento esclusivamente alle prestazioni erogate ai cittadini residenti nella Regione Lazio per prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio regionale;
- che le prestazioni possono essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i;

STABILITO:

- che le singole ASL devono far cessare ogni rapporto atipico che non sia contrattualizzato nelle forme di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i;
- che gli importi di cui al presente provvedimento, iscritti nelle voci di conto economico delle ASL, non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura;
- che le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto, fatti salvi eventuali accordi di riconduzione a salvaguardia della continuità assistenziale;
- che il livello massimo di finanziamento assegnato dalla Regione alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come invalicabile è il livello massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;



STABILITO:

- che per l'anno 2019 non è prevista la possibilità per le ASL di effettuare spostamenti dei livelli massimi di finanziamento, di cui al presente decreto, da una tipologia assistenziale ad un'altra;
- che le ASL competenti per territorio devono adottare il provvedimento di ripartizione del finanziamento loro riconosciuto e devono sottoscrivere i relativi accordi contrattuali entro 30 giorni dalla adozione del presente provvedimento;
- che le ASL competenti per territorio devono trasmettere alla Regione Lazio, entro 3 giorni dalla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura, il relativo provvedimento amministrativo;
- che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di assistenza territoriale, di cui al presente decreto, potrà in ogni caso subire delle modifiche in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento e che, quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

TENUTO CONTO che le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

DECRETA

1. di assegnare alle Aziende Sanitarie del Lazio il livello massimo di finanziamento pari a complessivi euro 73.031.393,00 per l'anno 2019 (Allegato A), per le strutture accreditate entro la data del 31.12.2018, per l'erogazione di prestazioni di assistenza per cure palliative (Hospice);
2. che il livello massimo di finanziamento sia per l'anno 2019 per le strutture accreditate per le prestazioni di assistenza per cure palliative (Hospice) viene definito dalle ASL territorialmente competenti, sulla base della loro configurazione aggiornata al 31/12/2018;
3. che le strutture a cui verrà rilasciato il titolo di accreditamento successivamente alla data del 31.12.2018 potranno essere oggetto di successiva valutazione da parte delle Aziende Sanitarie competenti ai fini di una possibile contrattualizzazione, nei limiti delle risorse finanziarie aggiuntive eventualmente messe a disposizione della Regione tramite emanazione di decreti di integrazione del livello massimo di finanziamento;
4. che per il biennio considerato le ASL, con il livello massimo di finanziamento per l'assistenza sanitaria per cure palliative (Hospice), assegnato dalla Regione, devono:
 - definire il livello massimo di finanziamento per le strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio, previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale e tenendo conto del fabbisogno di salute della popolazione;
 - sottoscrivere il contratto di cui all'art. 8-*quinquies* D.Lgs 502/1992, previa verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente, applicando le procedure di



- sottoscrizione e lo schema di contratto di cui al DCA n. 324/2015, così come modificato dal DCA n. 555/2015, dal DCA n. 249/2016 e dal DCA n. 231/2018;
- tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
 - vigilare sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate;
 - tener conto dello storico degli accessi effettuati, basandosi sulla residenza degli utenti;
 - controllare che il livello massimo di finanziamento e la produzione erogata siano coerenti con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
 - monitorare il flusso delle compensazioni interaziendali attraverso report mensili;
5. che le singole ASL devono far cessare ogni rapporto atipico che non sia contrattualizzato nelle forme di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i;
 6. che gli importi di cui al presente provvedimento, e di cui alle deliberazioni delle singole ASL che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura, rappresentano limite invalicabile;
 7. che le singole ASL potranno fissare il livello massimo di finanziamento per le strutture in possesso del titolo di accreditamento rilasciato ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 7, D.Lgs 502/1992, per le quali deve essere ancora verificato "*il volume di attività svolto e la qualità dei risultati raggiunti*", valorizzando la produzione massima erogabile utilizzando un tasso di occupazione al massimo pari all'80%;
 8. che per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo potrà essere applicato un tasso di occupazione al massimo pari al 98%;
 9. che le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto, fatti salvi eventuali accordi di riconduzione a salvaguardia della continuità assistenziale;
 10. che il livello massimo di finanziamento assegnato dalla Regione alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come invalicabile è il livello massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
 11. che per l'anno 2019 non è prevista la possibilità per le ASL di effettuare spostamenti dei livelli massimi di finanziamento da una tipologia assistenziale ad un'altra;
 12. che le ASL competenti per territorio devono adottare il provvedimento di ripartizione del finanziamento e conseguentemente sottoscrivere i relativi accordi contrattuali entro 30 giorni dalla adozione del presente provvedimento;
 13. che le ASL competenti per territorio devono trasmettere alla Regione Lazio, entro 3 giorni dalla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura, il relativo provvedimento amministrativo;
 14. che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di assistenza territoriale, di cui al presente decreto, potrà in ogni caso subire delle modifiche in considerazione degli



eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;

15. che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento e che, quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
16. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 si riferisce esclusivamente ai cittadini residenti nella Regione Lazio per prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio regionale;
17. che le ASL devono fissare il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul territorio di propria competenza, che riassorbe le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base della proroga dei contratti prevista all'art. 6 "Durata", comma 3, dei contratti stessi sottoscritti dagli erogatori.

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

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI



ALLEGATO A

LIVELLO MASSIMO DI FINANZIAMENTO PER ASSISTENZA PER CURE
PALLIATIVE (HOSPICE) ANNO 2019

Anno 2019			
ASL	Residenziale	Domiciliare	Totale
RM1	€ 7.326.698	€ 14.498.768	€ 21.825.466
RM2	€ 2.971.422	€ 5.880.132	€ 8.851.554
RM3	€ 3.119.287	€ 6.172.743	€ 9.292.030
RM5	€ 1.378.290	€ 2.727.491	€ 4.105.781
RM6	€ 2.538.955	€ 5.024.326	€ 7.563.281
VT	€ 3.264.371	€ 6.459.848	€ 9.724.219
LT	€ 2.829.122	€ 5.598.535	€ 8.427.657
FR	€ 1.088.123	€ 2.153.282	€ 3.241.405
Totale	€ 24.516.268	€ 48.515.125	€ 73.031.393

