

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.

IL 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;
- art.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 Decreto del Commissario ad acta n. U00247 del 25 luglio 2014 avente ad oggetto: "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio" come modificato ed integrato dai Decreti del commissario ad acta 368/2014, 412/2014, 230/2015, 267/2015, 270/2015, 373/2015 e 584/2015;

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 successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, 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 D.G.R. n. 21 del 26 gennaio 2016, con la quale è stato conferito al Dott. Stefano Acanfora l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Centrale Acquisti;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.837 del 11 dicembre 2017 con la quale è stato attribuito al Segretario Generale pro tempore il potere di adozione degli atti e dei provvedimenti amministrativi inerenti la Direzione Salute e Politiche sociali;
- l'atto di organizzazione n.G00209 dell'11.01.18 relativo all'affidamento di incarico di dirigente dell'Area Programmazione e Monitoraggio dei Consumi Sanitari della Direzione Regionale Centrale acquisti all'avv. Donato Cavallo;
- l'atto di organizzazione n.G07015 del 20.06.2016 di conferimento di incarico di Dirigente dell'Area Cure Primarie al dr. Valentino Mantini;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- Il Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo n. 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;

Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- D. Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;
- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli essenziali di assistenza;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2;
- il Regolamento regionale n. 13/2007;
- il DPCM 12 gennaio 2017 pubblicato su GU il 18 marzo 2017;

VISTI per quanto riguarda la disciplina applicabile *ratione materiae*:

- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 di avvio del procedimento amministrativo finalizzato alla ricognizione degli erogatori e all'indicazione delle modalità di caricamento dei dati sulla piattaforma informatica;
- il Decreto ministero della salute del 06.08.2012 "Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare».";
- la delibera di Giunta regionale n. 325 del 08.05.2008 "Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza domiciliare";
- la delibera di Giunta regionale n. 326 del 08.05.2008 "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare e relative tariffe" che approva il documento "Ottimizzazione del modello regionale di assistenza sanitaria domiciliare" con il quale vengono individuate le esigenze, gli obiettivi, la metodologia degli interventi, la classificazione dei pazienti e degli interventi nonché la formazione degli operatori;
- la legge regionale 22 aprile 2011 n. 6 recante: "Disposizioni urgenti in materia sanitaria. Modifiche alle leggi regionali 28 dicembre 2007, n. 26 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 (art. 11, L.R. 20 novembre 2001, n. 25)" e successive modifiche, 10 agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio" e successive modifiche e 24 dicembre 2010, n. 9 "Disposizioni collegate alla legge finanziaria regionale per l'esercizio finanziario 2011 (art. 12, comma 1, l.r. 20 dicembre 2001, n. 25)". Promozione della costituzione dell'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di Tor Vergata. Salvaguardia dei livelli occupazionali nella sanità privata);
- il DPCA 20 marzo 2012, n. 39 "Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale" ;
- il DPCA 24.12.2012, n. 429 "Decreto del commissario ad acta n. U0113 del 31.12.2010 "Programmi operativi 2011-2012" – Assistenza domiciliare – Approvazione dei documenti "Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti anche anziane" e Omogeneizzazione delle procedure e degli strumenti per l'ADI per persone non autosufficienti, anche anziane";
- il DPCA 24.12.2012 n. 431 "La Valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensione e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio";
- il DPCA 10 marzo 2014, n. 76 concernente: "Assistenza Domiciliare Integrata: atto ricognitivo dei soggetti che a vario titolo hanno richiesto l'autorizzazione all'esercizio delle attività di assistenza domiciliare (A.D.I.)".
- il DCA n. U00283 del 7 luglio 2017 "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";



Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- il DCA n. U00422 del 05.10.17 ad oggetto "Accreditamento delle strutture sanitarie. Modifica ed integrazione del DCA n.90/201 e del DCA 376/2016. Contrattualizzazione del personale dedicato ai servizi alla persona".
- la determinazione n.G13782 dell'11.10.17 ad oggetto "Linee guida operative per l'accREDITamento per l'assistenza domiciliare integrata – ADI. Elenco degli operatori ammessi e disposizioni conseguenti";
- la circolare prot.n.0511197 dell'11.10.17 ad oggetto "Precisazioni in ordine al contenuto del DCA 283/2017 in materia di accREDITamento per le attività di cure domiciliari ex art.22 LEA";
- il DCA U00467 del 07.11.17 ad oggetto "Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione";
- la circolare prot.n.0603200 del 27.11.17 ad oggetto "Chiarimenti in merito alle disposizioni di cui al DCA 422 del 5 ottobre 2017 e in merito ai 1000 posti ADI di cui al DCA n.283/2017";

CONSIDERATO

- che, in ossequio al DCA 283/2017, a seguito dell'acquisizione di osservazioni e quesiti presentati nei termini previsti dalle Associazioni di categoria interessate e/o da imprese private in ordine alle tariffe e ulteriori tematiche inerenti il percorso di accREDITamento, si è proceduto a pubblicare sul BURL n.89 del 07.11.17 la circolare prot.n.0511197 dell'11.10.17 ad oggetto "Precisazioni in ordine al contenuto del DCA 283/2017 in materia di accREDITamento per le attività di cure domiciliari ex art.22 LEA" dando opportuno e dovuto riscontro ai chiarimenti richiesti;
- che, successivamente, in data 10.11.17 si è tenuto il previsto incontro con le Associazioni di riferimento convocate con nota prot.n. U557081 del 03.11.17 concludendo così il procedimento interlocutorio avviato ai sensi dell'art. 7 della L. 241/1990 limitatamente alle tariffe proposte con il predetto DCA 283/2017;
- che, in particolare, non risultando osservazioni nel merito della proposta tariffaria già contenuta nel DCA 283/17, si ritiene di poter confermare e approvare definitivamente le tariffe per le cure domiciliari riportate nell'allegato B del DCA 283/17 cui integralmente si rinvia;
- che, con successivo DCA n.467/17, si è concluso l'iter per la definizione, fra l'altro, anche del fabbisogno di cure domiciliari ivi meglio riportato e che, di conseguenza, si è proceduto alla valutazione del relativo impatto economico pluriennale come da tabella di cui all'**Allegato A** costituente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- che, pertanto, i costi presunti da sostenere per il prossimo quinquennio derivanti dal fabbisogno stimato e dall'applicazione delle tariffe approvate con il presente provvedimento, risultano pari a complessivi euro 173.067.332,60 meglio ripartiti, per singola ASL, nel seguente prospetto riepilogativo:

ASL	Totale
RM1	€ 38.995.601,10
RM2	€ 35.020.843,40
RM3	€ 13.703.052,50
RM4	€ 9.823.419,90
RM5	€ 14.793.523,35
RM6	€ 15.501.914,40

Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Rieti	€ 3.802.921,45
Viterbo	€ 13.453.898,00
Latina	€ 12.929.135,85
Frosinone	€ 15.043.022,65
Totale fabbisogno	€ 173.067.332,60

- che, in particolare, l'incremento di spesa rispetto alla valorizzazione del fabbisogno attuale (€ 87.900.000,00) è pari nel quinquennio a complessivi € 85.167.333,00 come da seguente prospetto dal quale si evincono, in percentuale e in valore economico, gli incrementi previsti per ciascuna ASL e per ciascuna annualità:

ASL	2018 Δ/€ 10%	2019 Δ/€ 20%	2020 Δ/€ 30%	2021 Δ/€ 20%	2022 Δ/€ 20%	
RM1	€ 1.918.993,77	€ 3.837.987,54	€ 5.756.981,31	€ 3.837.987,54	€ 3.837.987,54	
RM2	€ 1.723.393,88	€ 3.446.787,76	€ 5.170.181,64	€ 3.446.787,76	€ 3.446.787,76	
RM3	€ 674.334,33	€ 1.348.668,65	€ 2.023.002,98	€ 1.348.668,65	€ 1.348.668,65	
RM4	€ 483.415,59	€ 966.831,18	€ 1.450.246,78	€ 966.831,18	€ 966.831,18	
RM5	€ 727.996,96	€ 1.455.993,92	€ 2.183.990,89	€ 1.455.993,92	€ 1.455.993,92	
RM6	€ 762.857,25	€ 1.525.714,51	€ 2.288.571,76	€ 1.525.714,51	€ 1.525.714,51	
Rieti	€ 187.143,74	€ 374.287,48	€ 561.431,21	€ 374.287,48	€ 374.287,48	
Viterbo	€ 662.073,30	€ 1.324.146,61	€ 1.986.219,91	€ 1.324.146,61	€ 1.324.146,61	
Latina	€ 636.249,49	€ 1.272.498,97	€ 1.908.748,46	€ 1.272.498,97	€ 1.272.498,97	incremento di spesa
Frosinone	€ 740.274,95	€ 1.480.549,90	€ 2.220.824,86	€ 1.480.549,90	€ 1.480.549,90	totale
Tot. Incremento	€ 8.516.733,26	€ 17.033.466,52	€ 25.550.199,78	€ 17.033.466,52	€ 17.033.466,52	€ 85.167.333

- che, al riguardo, si è ritenuto di adottare un criterio prudenziale nell'elaborazione del predetto impatto economico in considerazione della necessità di procedere nell'anno 2018 al completamento del percorso di accreditamento nonché alla luce di una evidenza empirica del fabbisogno progressivamente soddisfatto;

RILEVATO

- che, sempre in ossequio al DCA 283/2017, si è proceduto, nell'**Allegato B** ("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") alla redazione del documento relativo alle previste tre fasce di qualificazione nell'ambito delle quali inserire i fornitori accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI nonché alla definizione delle procedure selettive per l'assegnazione dei pazienti tra i soggetti accreditati e qualificati ed infine all'elaborazione del modello di valutazione del livello prestazionale erogato (*ranking* qualitativo) a supporto del criterio di rotazione e del prioritario principio di salvaguardia della continuità assistenziale.

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente accolte e che formano parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento:

Segue decreto n.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- di approvare definitivamente le tariffe prestazionali per le cure domiciliari di cui all'Allegato B del DCA 283/2017;
- di approvare, altresì, i seguenti documenti allegati al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale:
 - A. Prospetto di valutazione dell'impatto economico periodo 2018-2022;
 - B. 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;
- di incaricare l'Area Risorse Economiche e Finanziarie della Direzione Salute e Politiche Sociali di considerare i costi di cui al presente provvedimento nella predisposizione dei conseguenziali atti di programmazione economico-finanziaria;
- di ribadire il divieto per le AA.SS.LL. di indire nuove gare in materia di ADI sino alla messa a regime del sistema di accreditamento per cui in caso di scadenza del P.A.I. (piano di assistenza individuale) lo stesso dovrà essere rinnovato per il periodo ritenuto necessario al fine di evitare affidamenti in contrasto con la specifica normativa regionale disciplinante la materia in argomento con particolare riferimento alle "tariffe prestazionali" oggetto di approvazione definitiva con il presente provvedimento;

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

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





TABELLA A - VALORIZZAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO FABBISOGNO ADI REGIONE LAZIO

Livello / N° Access	Tariffe
Basso (2)	€ 12,87
Medio (3)	€ 19,30
Medio (4-5)	€ 28,95
Medio (5)	€ 38,61
Alto (7-8)	€ 48,26
Alto (9-11)	€ 64,34
Alto (12)	€ 83,65
Complessità	€ 142,20
Sollievo	€ 108,00
Prestazionale P1	€ 27,00
Prestazionale P2	€ 16,00

ASL	ADI I Livello	€	ADI II Livello	€	ADI III Livello	€
RM1	618	€ 2.903.085,90	523	€ 7.370.455,95	613	€ 18.716.269,25
RM2	915	€ 4.298.258,25	966	€ 13.613.499,90	349	€ 10.655.755,25
RM3	283	€ 1.329.406,65	189	€ 2.663.510,85	208	€ 6.350.708,00
RM4	167	€ 784.490,85	112	€ 1.578.376,80	169	€ 5.159.950,25
RM5	483	€ 2.268.916,65	293	€ 4.129.146,45	165	€ 5.037.821,25
RM6	323	€ 1.517.308,65	215	€ 3.029.919,75	232	€ 7.083.482,00
Rieti	114	€ 535.520,70	135	€ 1.902.507,75	20	€ 610.645,00
Viterbo	285	€ 1.338.801,75	215	€ 3.029.919,75	282	€ 8.610.094,50
Latina	650	€ 3.053.407,50	179	€ 2.522.584,35	100	€ 3.053.225,00
Frosinone	326	€ 1.531.401,30	214	€ 3.015.827,10	225	€ 6.869.756,25
Tot.	4164	€ 19.560.598,20	3041	€ 42.855.748,65	2363	€ 72.147.706,75

ASL	ADI Complessi	€	P1	€	P2	€
RM1	130	€ 6.747.390,00	74.288	€ 2.005.776,00	78.289	€ 1.252.624,00
RM2	110	€ 5.709.330,00	24.000	€ 648.000,00	6.000	€ 96.000,00
RM3	60	€ 3.114.180,00	5.469	€ 147.663,00	6.099	€ 97.584,00
RM4	39	€ 2.024.217,00	755	€ 20.385,00	16.000	€ 256.000,00
RM5	55	€ 2.854.665,00	9.514	€ 256.878,00	15.381	€ 246.096,00
RM6	68	€ 3.529.404,00	6.872	€ 185.544,00	9.766	€ 156.256,00
Rieti	8	€ 415.224,00	10.992	€ 296.784,00	2.840	€ 42.240,00
Viterbo	8	€ 415.224,00	790	€ 21.330,00	2.408	€ 38.528,00
Latina	57	€ 2.958.471,00	24.600	€ 664.200,00	42.328	€ 677.248,00
Frosinone	63	€ 3.269.889,00	7.167	€ 193.509,00	10.165	€ 162.640,00
Tot.	598	€ 31.037.994,00	164.447	€ 4.440.069,00	189.076	€ 3.025.216,00

ASL	Totale
RM1	€ 38.995.601,10
RM2	€ 35.020.843,40
RM3	€ 13.703.052,50
RM4	€ 9.823.419,90
RM5	€ 14.793.523,35
RM6	€ 15.501.914,40
Rieti	€ 3.802.921,45
Viterbo	€ 13.453.898,00
Latina	€ 12.929.135,85
Frosinone	€ 15.043.022,65
Totale fabbisogno	€ 173.067.332,60

ASL	2018 Δ/€ 10%	2019 Δ/€ 20%	2020 Δ/€ 30%	2021 Δ/€ 20%	2022 Δ/€ 20%	
RM1	€ 1.918.993,77	€ 3.837.987,54	€ 5.756.981,31	€ 3.837.987,54	€ 3.837.987,54	
RM2	€ 1.723.393,88	€ 3.446.787,76	€ 5.170.181,64	€ 3.446.787,76	€ 3.446.787,76	
RM3	€ 674.334,33	€ 1.348.668,65	€ 2.023.002,98	€ 1.348.668,65	€ 1.348.668,65	
RM4	€ 483.415,59	€ 966.831,18	€ 1.450.246,78	€ 966.831,18	€ 966.831,18	
RM5	€ 727.996,96	€ 1.455.993,92	€ 2.183.990,89	€ 1.455.993,92	€ 1.455.993,92	
RM6	€ 762.857,25	€ 1.525.714,51	€ 2.288.571,76	€ 1.525.714,51	€ 1.525.714,51	
Rieti	€ 187.143,74	€ 374.287,48	€ 561.431,21	€ 374.287,48	€ 374.287,48	
Viterbo	€ 662.073,30	€ 1.324.146,61	€ 1.986.219,91	€ 1.324.146,61	€ 1.324.146,61	
Latina	€ 636.249,49	€ 1.272.498,97	€ 1.908.748,46	€ 1.272.498,97	€ 1.272.498,97	
Frosinone	€ 740.274,95	€ 1.480.549,90	€ 2.220.824,86	€ 1.480.549,90	€ 1.480.549,90	
Tot. Incremento	€ 8.516.733,26	€ 17.033.466,52	€ 25.550.199,78	€ 17.033.466,52	€ 17.033.466,52	Incremento di spesa totale € 85.167.333

Allegato B

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.

A seguito di quanto indicato nel DCA 134/2016 e nel DCA 283/2017, risulta necessario completare il percorso di accreditamento dei soggetti che offrono in Regione Lazio servizi di assistenza domiciliare mediante la definizione delle procedure selettive tra i soggetti accreditati.

In particolare, in ottemperanza alle previsioni del DCA 283/17, occorre procedere alla classificazione, in apposito elenco, delle strutture sanitarie accreditate secondo tre fasce di qualificazione, sulla scorta dei coefficienti di ponderazione di cui all'Allegato C del DCA 283/17 correlati all'importanza del requisito o di gruppi di requisiti (organizzativi, gestionali e tecnologici) posseduti dai medesimi soggetti accreditati in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI.

Il predetto elenco, suddiviso per fasce di qualificazione ed approvato dalla Regione, sarà trasmesso alle AA.SS.LL. per la successiva contrattualizzazione degli operatori accreditati, in funzione del livello di cure domiciliari erogate, nel rispetto del principio di rotazione, sulla scorta della classificazione operata.

Nell'espletamento delle procedure di contrattualizzazione, le AA.SS.LL. dovranno garantire, in aderenza al principio di rotazione, il non consolidarsi di rapporti solo con alcune imprese, favorendo la distribuzione temporale delle opportunità degli operatori economici di essere affidatari di un contratto pubblico.

Al fine di meglio assicurare il rispetto del suddetto principio di rotazione e delle regole di concorrenza in considerazione del fatto che la frequenza di contrattualizzazione è inversamente proporzionale al numero di soggetti inseriti in ciascuna fascia di qualificazione, le AA.SS.LL. dovranno, inoltre, tener conto anche del livello qualitativo delle prestazioni erogate, dell'affidabilità di ciascun soggetto accreditato e del *ranking* qualitativo raggiunto dalle medesime strutture acquisendo informazioni, dati, documenti volti a identificare il soggetto più idoneo a soddisfare i propri fabbisogni assistenziali e la platea dei potenziali affidatari;

L'affidamento al contraente uscente riveste, quindi, carattere eccezionale e richiede un onere motivazionale più stringente in considerazione:

- della riscontrata effettiva assenza di alternative;
- del grado di soddisfazione maturato a conclusione del precedente rapporto contrattuale, anche tenendo conto della qualità della prestazione erogata;
- del fine prioritario di salvaguardare la continuità assistenziale, scongiurando qualsiasi rischio di interruzione di pubblico servizio;

Al fine di garantire un principio di *par condicio* tra tutti i soggetti accreditati inseriti nella specifica fascia di classificazione qualora non sia possibile procedere alla selezione dell'operatore economico cui assegnare i pazienti sulla base dei requisiti posseduti ovvero nella fase di *start up* del nuovo regime accreditante, le AA.SS.LL. potranno procedere mediante sorteggio pubblico, rendendo tempestivamente noto, con adeguati strumenti di pubblicità, la data e il luogo di espletamento del medesimo.

Poiché la frequenza di assegnazione pazienti è inversamente proporzionale al numero di soggetti inseriti in ciascuna fascia di qualificazione, l'utilizzo del criterio di rotazione -per cui di volta in volta saranno assegnati pazienti alle strutture che fino a quel momento sono risultate assegnatarie meno volte rispetto a tutte le altre- dovrà essere abbinato ad un secondo criterio di selezione che tiene invece conto dell'affidabilità di ciascun soggetto e del *ranking* qualitativo raggiunto dagli stessi nell'erogazione delle prestazioni.

QUALIFICAZIONE DEI SOGGETTI ACCREDITATI

I soggetti accreditati dovranno dimostrare il possesso dei seguenti requisiti cui vengono attribuiti distinti pesi ponderali (indicati nella seguente tabella A) correlati all'importanza del requisito o di gruppi di requisiti (organizzativi, gestionali e tecnologici) e la cui sommatoria consentirà l'inserimento degli stessi in una o più delle tre fasce di qualificazione parimenti di seguito indicate. Al riguardo, si precisa che i soggetti inseriti nella prima fascia potranno erogare esclusivamente prestazioni corrispondenti al livello di intensità assistenziale "bassa", i soggetti inseriti nella seconda fascia potranno erogare prestazioni che corrispondono ai livelli di intensità assistenziale "bassa" e "media" ed infine quelli inseriti in terza fascia potranno erogare prestazioni di livello di intensità assistenziale "bassa", "media" e "alta" nonché prestazioni relative alla "complessità" assistenziale e "sollevio".

Le diverse prestazioni erogate saranno remunerate utilizzando le corrispondenti tre classi tariffarie previste con il precedente DCA 283/2017.

Tabella A

PARAMETRI ORGANIZZATIVI	peso ponderale
a) UNI EN ISO 9001:2008 per servizi di assistenza domiciliare integrata	10
b) UNI EN ISO 9001:2008 per servizi di telemedicina	6
c) Erogazione di servizi di telemedicina tramite esecuzione in ambito nazionale o europeo di progetti di telemonitoraggio parametri vitali e/o televisita attestati da aziende sanitarie e/o università	4
d) documentata esperienza biennale nell'ADI riferita a n.3 medici per paziente di III livello complesso	6
e) documentata esperienza biennale nell'ADI riferita a n.3 infermieri professionali per paziente di III livello complesso	6
f) Personale infermieristico/medico formato al corretto utilizzo di apparecchiature elettromedicali	4
g) personale OSS formato alla gestione delle apparecchiature elettromedicali (es. cambio filtro o circuito)	4
PARAMETRI GESTIONALI	peso ponderale
h) Tracciabilità informatica delle prestazioni/accessi erogati (con dettaglio della durata e delle attività eseguite nonché dell'operatore coinvolto) mediante registrazione in tempo reale sul diario clinico della cartella informatizzata. (DEMO OBBLIGATORIA)	20

i) <i>budgeting</i> e rendicontazione della spesa in tempo reale (DEMO OBBLIGATORIA)	10
j) Disponibilità di procedura informatizzata di rendicontazione dell'erogato ADI verso almeno un sistema informativo regionale (indicare referenze) (DEMO OBBLIGATORIA)	10
k) Adozione di un modello per la raccolta e gestione della tracciabilità dei reclami totalmente informatizzato tramite portale web (DEMO OBBLIGATORIA)	10
PARAMETRI TECNOLOGICI	
	peso ponderale
l) presenza di una procedura di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici riferita all'ultimo triennio /quinquennio	2,5
m) redazione di un inventario annuale delle apparecchiature biomediche riferito all'ultimo triennio	2,5
n) Adozione del piano di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche riferito all'ultimo triennio	2,5
o) adozione di procedure per garantire l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche riferito all'ultimo triennio	2,5
totale	100

La somma dei pesi ponderali costituirà il valore finale che consentirà l'iscrizione del soggetto nella/e corrispondente/i fascia/e di qualificazione come di seguito indicato (tabella B).

1 fascia	2 fascia	3 fascia
da 1 a 40 pt.	da 41 a 70 pt.	da 71 a 100 pt.

Tabella B

Per la verifica del possesso dei suddetti parametri/requisiti, l'Area Programmazione e Monitoraggio dei Consumi Sanitari in sinergia con l'Area Pianificazione e Controllo Strategico, Verifiche e Accreditamento e l'Area Cure Primarie, eventualmente supportata da esperti di altra Area della Direzione Salute e Politiche Sociali, procederà come segue:

1. Nelle more del termine previsto per la verifica dei requisiti di accreditamento, si inviteranno i soggetti accreditati, tramite pec, a presentare entro 15 giorni naturali e consecutivi, la documentazione comprovante il possesso dei requisiti di qualificazione di cui all'allegato C al DCA 283/17.
2. In successiva/e seduta/e riservata/e si procederà alla verifica dell'arrivo dei plichi entro la data di scadenza, all'apertura degli stessi, alla constatazione della completezza e conformità della documentazione presentata inerente il possesso dei requisiti di qualificazione nonché all'attribuzione dei relativi pesi ponderali per ciascun requisito posseduto; (in caso di mancanza, incompletezza ed ogni altra irregolarità della documentazione, si procederà a richiedere le necessarie integrazioni e chiarimenti, assegnando ai destinatari un termine non superiore a dieci giorni);
3. In successiva/e seduta/e riservata/e, comunicata/e ai concorrenti via PEC con almeno cinque giorni di anticipo, i soggetti accreditati verranno singolarmente convocati per l'effettuazione delle *demo* obbligatorie previste nei parametri gestionali h), i), j), k) della tabella di qualificazione e all'attribuzione dei relativi pesi ponderali per ciascun requisito posseduto;

4. All'esito delle verifiche di cui sopra, si procederà alla sommatoria dei valori ottenuti da ciascun soggetto accreditato e all'inserimento nella/e corrispondente/i fascia/e di qualificazione dandone comunicazione agli stessi via PEC e provvedendo, infine, alla pubblicazione del provvedimento di approvazione dell'elenco così formato sul sito internet www.regione.lazio.it nonché alla notifica dello stesso alle AA.SS.LL. della Regione Lazio.

**VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE E
DELL'AFFIDABILITA' DEI SOGGETTI QUALIFICATI**

Fermo restando il prioritario principio di salvaguardia della continuità assistenziale ed al fine, inoltre, di consentire alle AA.SS.LL. di individuare, di volta in volta, dall'elenco trasmesso, i soggetti cui assegnare i pazienti basandosi su criteri di affidabilità e *ranking* qualitativo a supporto del principio della rotazione tra i soggetti accreditati nonché della par condicio e concorrenza, è stato elaborato il seguente modello (esemplificativo e non esaustivo) da utilizzare, da parte delle AA.SS.LL., per una valutazione *ex post* del livello di *performance* rilevato e percepito per ciascun soggetto contrattualizzato con cadenza almeno annuale.

In particolare, sono stati individuati n.17 ambiti valutativi suddivisi in tre classi di priorità (alta, media e bassa) ciascuno con i rispettivi indicatori, parametri, criteri e coefficienti di valutazione della *performance*.

I predetti ambiti potranno, nel tempo, essere oggetto di modifiche e/o integrazioni alla luce dell'evoluzione tecnologica, organizzativa e prestazionale nelle cure domiciliari.

Al fine di evitare differenze di trattamento per soggetti erogatori di *setting* assistenziali diversi si precisa che il nuovo modello qui previsto gradualmente potrà essere esteso anche in altri ambiti assistenziali

Il predetto livello di *performance*, codificato in un numero che indica il rendimento qualitativo di ciascun Home Care Provider (HCP), consentirà alle AA.SS.LL. di attingere agli elenchi relativi alle tre fasce di qualificazione in modo dinamico mediante la predisposizione di una griglia prestazionale in modo tale che il *target* qualitativo erogato e percepito costituirà un'ulteriore base di riferimento per le medesime in sede di scelta dell'operatore economico cui assegnare i pazienti.

In un'ottica di qualità prestazionale, le AA.SS.LL. potranno, quindi, individuare una percentuale minima di pazienti riservata ai soggetti qualificati che avranno dimostrato migliori *performance*.

N°	P*	Definizione	Indicatore	Parametro	Valutazione	
1	A	Tempi di apertura al pubblico di un centro unico di riferimento (centrale operativa) accessibile, anche telefonicamente, per la ricezione delle richieste di attivazione del servizio e per favorire i contatti con l'utenza, la rete dei servizi ed i M.M.G.	n.giorni/ settimana e ore/giorno di apertura all'utenza e relativa reperibilità telefonica	7/7 H24	Ottimo	8
				7/7 H12 con reperibilità telefonica	Molto Buono	6
				6/7 H12 con reperibilità telefonica	Sufficiente	4



2	B	Le modalità di accesso al servizio sono definite e pubblicizzate attraverso apposito materiale informativo che descrive la tipologia dell'utenza, le modalità di accesso, le strutture della rete, le prestazioni offerte, gli eventuali oneri (Carta dei servizi)	<p>1) Chiarezza ed esaustività delle informazioni: A.Presentazione della carta dei servizi; B.Presentazione dell'HCP; C.Esplicitazione dei principi di erogazione dei servizi.</p> <p>2) Descrizione puntuale dei servizi offerti previsti dall'accordo e della modalità di accesso e gestione degli setssi.</p> <p>3) Predisposizione degli strumenti di ascolto: A.Reclami; B.Patient-satisfaction (recupero modulo e procedura di compilazione ed inoltro); C.Richieste speciali (recupero modulo e procedura di compilazione ed inoltro).</p> <p>4) Accesso alla carta dei servizi e sue funzioni su sito web dell'HCP;</p> <p>5) APP telefonica gratuita per lettura carta dei servizi ed accesso per reclami e richieste;</p>	Soddisfatto 5 parametri	Ottimo	8										
				Soddisfatto 4 parametri	Molto Buono	7										
				Soddisfatto 3 parametri	Sufficiente	6										
				Soddisfatto 2 parametri	Appena suff.	4										
				Soddisfatto 1 parametro	Insufficiente	0										
3	A	<p>Presenza in carico del paziente</p> <p>(esempio di calcolo: se il tempo medio calcolato per tutti i pazienti assegnati in regime di bassa complessità è <6h, il punteggio sarà pari a $8 \times 0,25 = 2$)</p>	<p>Il tempo medio di presa in carico pazienti dall'approvazione del PAI va ponderato in base alle intensità assistenziali (pazienti di III° livello avranno un peso maggiore) come di seguito indicato:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Livello prestazionale</th> <th>coefficiente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Basso</td> <td>0,25</td> </tr> <tr> <td>Medio</td> <td>0,50</td> </tr> <tr> <td>Alto</td> <td>0,75</td> </tr> <tr> <td>Complessità</td> <td>1,00</td> </tr> </tbody> </table>	Livello prestazionale	coefficiente	Basso	0,25	Medio	0,50	Alto	0,75	Complessità	1,00	<6h	Ottimo	8
				Livello prestazionale	coefficiente											
				Basso	0,25											
				Medio	0,50											
				Alto	0,75											
Complessità	1,00															
<12h	Molto buono	7														
tra 12h e 24h	buono	6														
tra 24h e 36h	discreto	5														
tra 36h e 48h	sufficiente	4														
4	A	Per ogni paziente viene compilato un fascicolo socio-sanitario che raccoglie informazioni relative agli strumenti di valutazione adottati, il piano di cura adottato, il diario clinico-assistenziale, le problematiche psicologiche e sociali, i presidi ed ausili consegnati, l'eventuale telemonitoraggio; *	Percentuale di pazienti con cartella completa, rispetto al totale pazienti;	100%	Ottimo	8										
				90%	Molto Buono	7										
				70%	Sufficiente	6										
				60%	Appena sufficiente	5										
				Meno di 60%	Insufficiente	0										
5	B	L'HCP promuove e sviluppa l'integrazione delle organizzazioni coinvolte (distretti, reparti ospedalieri) che curano le CD con il M.M.G, mediante protocollo condiviso con gli organismi aziendali preposti; assume tutte le iniziative atte a garantire	Chiarezza ed esaustività del documento. Efficacia delle iniziative. Redemption sugli MMG. La valutazione (redemption) può essere supportata con un'indagine sui M.M.G. attraverso questionario chiuso su soddisfazione percepita;	<i>Discrezionale</i>	Ottimo	8										
					Molto Buono	7										
					Sufficiente	6										
					Appena sufficiente	4										
					Insufficiente	0										





		l'effettiva integrazione operativa tra i diversi servizi e soggetti coinvolti, come indicato alla ASL di riferimento													
6	A	L'HCP promuove l'integrazione con i presidi ospedalieri di riferimento attraverso: 1) Protocollo sulle dimissioni protette sottoscritto e condiviso con i presidi del territorio di riferimento; 2) Protocolli per il monitoraggio attraverso la telemedicina per i pazienti critici; 3) Procedure concordate per la diagnostica di laboratorio e strumentale;	Chiarezza ed esaustività dei documenti (protocolli e procedure) e loro promozione/adozione da parte degli HCP; Diffusione e applicazione degli stessi presso gli uffici di riferimento dei diversi presidi. La valutazione può essere supportata con un'indagine sui referenti degli uffici attraverso questionario chiuso su soddisfazione percepita;	<i>Discrezionale</i>	<table border="1"> <tr><td>Ottimo</td><td>8</td></tr> <tr><td>Molto Buono</td><td>7</td></tr> <tr><td>Sufficiente</td><td>6</td></tr> <tr><td>Appena sufficiente</td><td>4</td></tr> <tr><td>Insufficiente</td><td>0</td></tr> </table>	Ottimo	8	Molto Buono	7	Sufficiente	6	Appena sufficiente	4	Insufficiente	0
Ottimo	8														
Molto Buono	7														
Sufficiente	6														
Appena sufficiente	4														
Insufficiente	0														
7	C	L'HCP d'intesa con il M.M.G. promuove l'integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni; Riferimento: procedura e protocollo adottato/da adottare;	Chiarezza ed esaustività del documento. Verifica di integrazione con analysis satisfaction sugli uffici dei servizi sociali dei comuni preposti.	<i>Discrezionale</i>	<table border="1"> <tr><td>Ottimo</td><td>8</td></tr> <tr><td>Molto buono</td><td>7</td></tr> <tr><td>Sufficiente</td><td>6</td></tr> <tr><td>Appena sufficiente</td><td>4</td></tr> <tr><td>insufficiente</td><td>0</td></tr> </table>	Ottimo	8	Molto buono	7	Sufficiente	6	Appena sufficiente	4	insufficiente	0
Ottimo	8														
Molto buono	7														
Sufficiente	6														
Appena sufficiente	4														
insufficiente	0														
8	B	L'HCP dispone di un adeguato equipaggiamento per gli operatori: divise invernali ed estive, borse per materiale sanitario, borse per trasporto di materiale biologico, DPI e procedure per smaltimento rifiuti speciali;	Disponibilità dei materiali e strumenti indicati (mediante verifica a campione al domicilio dei pazienti ovvero mediante l'attivazione di una Patient Satisfaction con domande chiuse e punteggi di gradimento);	<i>Discrezionale o tabellare con verifiche a domicilio o risultato Patient satisfaction;</i>	<table border="1"> <tr><td>Ottimo</td><td>8</td></tr> <tr><td>Molto Buono</td><td>7</td></tr> <tr><td>Sufficiente</td><td>6</td></tr> <tr><td>Appena sufficiente</td><td>4</td></tr> <tr><td>Insufficiente</td><td>0</td></tr> </table>	Ottimo	8	Molto Buono	7	Sufficiente	6	Appena sufficiente	4	Insufficiente	0
Ottimo	8														
Molto Buono	7														
Sufficiente	6														
Appena sufficiente	4														
Insufficiente	0														
9	C	L'HCP ha dotato gli operatori di un cartellino di riconoscimento	Esistenza dei documenti di riconoscimento;	<i>tabellare</i>	<table border="1"> <tr><td>SI =</td><td>6</td></tr> <tr><td>NO =</td><td>0</td></tr> </table>	SI =	6	NO =	0						
SI =	6														
NO =	0														
10	C	L'HCP adotta un sistema di indicatori per la verifica periodica della propria performance;	presentazione degli esiti della verifica interna secondo il proprio Modello di autocontrollo ISO 9001.	-Applicato un piano di gestione e controllo dei risultati con misure ad hoc, piano di correzione e miglioramento e loro verifica (REPORT); -Applicato un piano di gestione e controllo dei risultati. Semplice evidenza dello stato dell'arte; -Non risulta eseguito autocontrollo/ autovalutazione;	<table border="1"> <tr><td>Ottimo</td><td>8</td></tr> <tr><td>Sufficiente</td><td>4</td></tr> <tr><td>Insufficiente</td><td>0</td></tr> </table>	Ottimo	8	Sufficiente	4	Insufficiente	0				
Ottimo	8														
Sufficiente	4														
Insufficiente	0														
11	A	L'HCP dispone di un sistema informatizzato che consenta l'elaborazione di report periodici;	Completezza e chiarezza dei report predisposti;	<i>Discrezionale</i>	<table border="1"> <tr><td>Ottimo</td><td>8</td></tr> <tr><td>Molto Buono</td><td>7</td></tr> <tr><td>Sufficiente</td><td>6</td></tr> <tr><td>Appena sufficiente</td><td>4</td></tr> </table>	Ottimo	8	Molto Buono	7	Sufficiente	6	Appena sufficiente	4		
Ottimo	8														
Molto Buono	7														
Sufficiente	6														
Appena sufficiente	4														

					Insufficiente	0
12	B	Adozione di un programma per il sostegno agli operatori con personale qualificato per un supporto psicologico, attraverso riunioni plenarie e disponibilità per colloqui individuali;	Esistenza di una procedura per la verifica della prevenzione dello stress e del burn-out. Valutazione programma degli incontri e loro risultanze.	<i>Discrezionale</i>	Ottimo Molto Buono Sufficiente Appena sufficiente Insufficiente	8 7 6 4 0
13	B	L'HCP pianifica periodici confronti con gli operatori del servizio: riunioni plenarie e di équipe territoriali mono e pluriprofessionali, tecniche ed organizzative gestionali;	Esistenza di un programma degli incontri nonché di report incontri effettuati e risultanze;	<i>Discrezionale</i>	Ottimo Molto Buono Sufficiente Appena sufficiente Insufficiente	8 7 6 4 0
14	A	Patient Satisfaction;	Percentuale di risposte con giudizio positivo (arrotondato per eccesso nella fascia <60) a questionario con domande chiuse e gradi di soddisfazione (definire modello a cura dell'ASL comprensivo di indicatori di soddisfazione);	>90% >80% >60% <50% <30%	Ottimo Molto Buono Sufficiente Appena sufficiente Insufficiente	8 7 6 4 0
15	A	Reclami dei pazienti rispetto alla qualità del servizio ricevuto (rif.carta dei servizi);	Numero reclami (% sui pazienti assegnati) inerenti al mancato rispetto degli impegni dichiarati nella carta dei servizi o in genere, attraverso attività di patient satisfaction specifiche e moduli di reclamo (consegnati dall'ASL) preimbustati/ preaffrancati rilasciati ai pazienti;	< 2 % reclami ricevuti rispetto ai pazienti gestiti nel periodo di riferimento (1 anno) < 5 % reclami ricevuti rispetto ai pazienti gestiti nel periodo di riferimento (1 anno) < 10% reclami ricevuti rispetto ai pazienti gestiti nel periodo di riferimento (1 anno) < 15% reclami ricevuti rispetto ai pazienti gestiti nel periodo di riferimento (1 anno) > 15% reclami ricevuti rispetto ai pazienti gestiti nel periodo di riferimento (1 anno)	Ottimo Molto Buono Sufficiente Appena sufficiente Insufficiente	8 7 6 4 0
16	A	Formazione del personale 1)	Numero corsi di formazione (di almeno 3 giorni) attivati nell'anno e loro composizione;	Previsti n° 2 corsi/anno per tutte le r.u. coinvolte + n° 4 corsi/anno per specialità Previsti n° 2 corsi/anno per tutte le r.u. coinvolte + n° 3 corsi/anno per specialità Previsti n° 2 corsi/anno per tutte le r.u. coinvolte + n° 2 corsi/anno per specialità	Ottimo Molto Buono Sufficiente	8 7 6



				Previsti n° 2 corsi/anno per tutte le r.u. coinvolte + n° 1 corsi/anno per specialità	Appena sufficiente	4
				Previsti meno di n° 2 corsi/anno per tutte le r.u.	Insufficiente	0
17	A	Formazione del personale 2)	Numero operatori (%) che hanno frequentato almeno un corso di formazione nell'anno (di durata di almeno tre giorni);	> 80%	Ottimo	8
				> 60%	Molto Buono	7
				50%	Sufficiente	6
				< 50%	Appena sufficiente	4
				< 30%	Insufficiente	0

* per strumenti di valutazione si intendono quelli utili per seguire l'andamento clinico assistenziale del paziente e non quelli utilizzati per la valutazione iniziale e periodica, di competenza della ASL.

A conclusione del presente documento, si ritiene utile sintetizzare le diverse fasi procedurali:

(di competenza della Regione Lazio)

FASE 1 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

FASE 2 QUALIFICAZIONE IN TRE FASCE DI LIVELLO ASSISTENZIALE

(di competenza delle AA.SS.LL.)

FASE 3 CONTRATTUALIZZAZIONE CON IL SINGOLO HCP

FASE 4 ASSEGNAZIONE PAZIENTI IN ADERENZA A:

1. CONTINUITA' ASSISTENZIALE
2. PRINCIPIO DI ROTAZIONE
3. RENDIMENTO QUALITATIVO