



Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. U00188 del 17 MAG. 2018

Proposta n. 7669 del 09/05/2018

Oggetto:

Modifica e sostituzione dell'allegato 1 del decreto del Commissario ad acta n. U00411 del 13 settembre 2017 – Rideterminazione dei livelli massimi di finanziamento assegnati alla ASL RM2, ASL RM3, ASL RM4 e alla ASL di Frosinone per la riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Estensore

Responsabile del Procedimento

Il Dirigente d'Area

CORRADI ANTONELLO

CORRADI ANTONELLO

M. GIANNICO

Il Direttore Regionale

IL SEGR. GEN. A. TARDIOLA

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Oggetto: Modifica e sostituzione dell'allegato 1 del decreto del Commissario *ad acta* n. U00411 del 13 settembre 2017 – Rideterminazione dei livelli massimi di finanziamento assegnati alla ASL RM2, ASL RM3, ASL RM4 e alla ASL di Frosinone per la riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

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 smi;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e smi;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e smi;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione della Giunta regionale dell'11 dicembre 2017, n. 837 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;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 200 del 24 aprile 2018, avente ad oggetto "Attribuzione al Segretario generale *pro tempore* del potere di adozione di atti e provvedimenti amministrativi inerenti la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – proroga";

VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro:

- l'articolo 8, comma 1 della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: "Approvazione del "Piano di Rientro [...]" e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio [...] Approvazione del Piano di Rientro";
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U00052 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»";

CONSIDERATO che per la continuità assistenziale ai pazienti ex Anni Verdi ed ex R.I.R.E.I le prestazioni erogate dalle strutture UNISAN, OSA e Nuova SAIR sono state finanziate dalle stesse Aziende di competenza territoriale attingendo dalle proprie risorse e che pertanto, ai fini di una valutazione di aumento dei costi risulta l'invariabilità della spesa pubblica;

RILEVATO, pertanto, che l'incremento dei livelli massimi di finanziamento di cui al presente decreto non implica un aumento dei costi della spesa sanitaria ma viene contabilizzato su voci di conto economico diverso;

RILEVATO che per le Aziende Sanitarie nel cui territorio sono ubicate le strutture ex R.I.R.E.I, ora accreditate con il SSR, il livello massimo di finanziamento stabilito dal DCA n.411/2017 per gli anni 2017 e 2018 per le attività di riabilitazione ex art. 26 è risultato incapiente ;



VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”* e s.m.i, in particolare:

- l’art. 8-*quater*, comma 2 che prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli enti del SSN a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all’art. 8-*quinqües*;
- l’art. 8-*quater*, comma 8 e s.m.i 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-*quinqües*, 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-*quinqües*, 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-*quinqües*, 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), [...] (art. 8-*quinqües*, comma 2, lettera e-*bis*);
- l’art. 8-*quinqües*, comma 2-*quinqües*, 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, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 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”*;

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa 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.);

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 smi;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e smi, 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. U0090/2010 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 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»”* nonché le successive modifiche ed integrazioni;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00469 del 7 novembre 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”*;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00411/2017 avente ad oggetto *“Definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 2) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 3) Assistenza psichiatrica; 4) Assistenza per cure palliative (hospice)”*;

VISTE le note della ASL RM 2 prot. n. 184316 del 10 novembre 2017 e n. 10013 del 18 gennaio 2018) con le quali viene richiesto un incremento del livello massimo di finanziamento pari a euro 1.661.523,88 per l’anno 2017;

TENUTO CONTO che la richiesta della ASL RM2 era basata sul volume di prestazioni già erogate nel corso dell’anno 2017 ed era finalizzata, nelle more della definizione del livello massimo di finanziamento definitivo, alla prosecuzione dei progetti riabilitativi in corso;

CONSIDERATO che nelle more della complessa riorganizzazione del settore della riabilitazione territoriale, nonché al fine di garantire la continuità assistenziale degli utenti presi in carico, l’incremento richiesto dalla ASL RM2 si riflette anche sull’anno 2018;

VISTA la nota della ASL RM 3 prot. n. 18152 del 13 marzo 2018 con la quale la stessa chiede una rimodulazione del livello massimo di finanziamento per la Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale così come definito dal DCA n. 411/2018;

VISTA la nota della ASL RM3 prot. n. 24382 del 9 aprile 2018 avente ad oggetto *“D.C.A. U00411 del 13.09.2017 – Contrattualizzazione anno 2018”* con la quale la ASL RM3 lamenta che *“il livello definito*

dalla Regione non permette il finanziamento del 100% di quanto assegnato nel 2017 alle strutture accreditate e alle tre nuove strutture in regime di precontrattualizzazione lo scorso anno”;

CONSIDERATO che i livelli massimi di finanziamento stabiliti dalla ASL RM3 potrebbero causare interruzioni dei progetti riabilitativi individuali e non garantirebbero la continuità assistenziale ad una parte degli utenti già presi in carico;

TENUTO CONTO che la ASL RM3, al fine di contrattualizzare tutti gli operatori presenti sul proprio territorio, ha proposto un taglio lineare del 16,08% da applicare a tutti gli erogatori privati in possesso dell'autorizzazione e del titolo di accreditamento;

VISTA la nota del Presidente dell'Associazione di Categoria FOAI del 10 aprile 2018 con la quale è stato rappresentato che quanto previsto dalla ASL RM3 *“comporterà la diminuzione delle prestazioni erogate dai vari centri in tempi brevissimi con conseguente dimissione di pazienti e licenziamenti di personale”;*

VISTA la nota dell'ARIS prot. n.60 dell'11 aprile 2018 con la quale è stato rappresentato che le azioni previste dalla ASL RM3 porteranno *“sicuramente alle dimissioni di un numero consistente di pazienti con la conseguente ricaduta anche sul personale”;*

CONSIDERATO che quanto stabilito dalla ASL RM3 potrebbe causare l'interruzione di progetti riabilitativi di utenti già presi in carico e non garantire la continuità assistenziale;

VISTA la nota della ASL RM 4 prot. n. 14783 del 21 marzo 2018 con la quale l'Azienda chiede di conoscere le disposizioni operative relative all'assegnazione del budget 2018 alla C.R. Semiresidenziale “A. Boggi”;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00324/2015, così come modificato dal decreto del Commissario *ad acta* n. U00555/2015 e dal decreto del Commissario *ad acta* n. 249/2017 con il quale viene adottato lo schema di contratto/accordo che le strutture private accreditate devono sottoscrivere ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del d.lgs 502/1992 e s.m.i.;

CONSIDERATO 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 inoltre che le strutture private accreditate alle quali, alla data di adozione del presente provvedimento, non è stato ancora assegnato dalle ASL competenti per territorio il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018, hanno continuato ad erogare prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR in virtù di quanto previsto dall'art. 6, comma 3, del sopra richiamato accordo contrattuale;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00193/2016 avente ad oggetto *“Disciplina del percorso di riconduzione della gestione extra ordinem delle strutture ex Anni Verdi onlus condotta dalle cooperative UNISAN, NUOVA SAIR, Operatori Associati Sanitari - OSA a regime di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione ex art. 8 ter, quater e quinquies del D. Lgs. 502/1992. Consorzio di cooperative sociali riabilitazione e reinserimento - RI.REI: ottemperanza al D.P.R. 18 aprile 2016*



ed al presupposto parere del Consiglio di Stato Sez. II n. 331 del 9/2/2016. Anni verdi in liquidazione: Esecuzione della sentenza Tribunale civile di Roma n. 19426/2013 e della sentenza Tribunale civile di Roma n. 8065/2015”;

CONSIDERATO che il sopra citato provvedimento stabilisce “*che il calcolo del liquidato/liquidabile secondo i criteri condivisi di cui sopra è altresì necessario per individuare il fabbisogno storico riconosciuto a ciascuna singola struttura effettivamente operativa nell’anno 2015, e verrà preso a base per la contrattualizzazione 2016 salvo diverse determinazioni di ciascuna delle Aziende competenti in ordine al fabbisogno, in applicazione della normativa regionale di riferimento (Decreto del Commissario ad acta n. U00126/2016)*”;

VISTA la Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL ROMA 3 n. 580 del 26 luglio 2017 avente ad oggetto: “Cooperativa OSA e Unisan – Autorizzazione di spesa anno 2017 prestazioni riabilitative ex art. 26 Legge 833/78”.

CONSIDERATO che a seguito di una approfondita istruttoria, è emerso inoltre che il livello massimo di finanziamento per la riabilitazione territoriale assegnato alla ASL di Frosinone risulta, applicando i criteri previsti dal decreto del Commissario *ad acta* n. U00411/2017, sottostimato;

VISTA la nota della ASL di Frosinone prot. n. 99635 del 29 novembre 2017;

VISTA la nota della ASL di Frosinone prot. n. 4138 del 15 gennaio 2018;

TENUTO CONTO di quanto previsto dal sopra citato provvedimento commissariale il quale stabilisce, 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 per gli anni 2017 e 2018 sottoscrivono il contratto con l’ASL competente per territorio, secondo lo schema ratificato con decreto del Commissario *ad acta* n. 324/2015, così come modificato dal decreto del Commissario *ad acta* n. 555/2015 e dal decreto del Commissario *ad acta* n. 249/2017;
- 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 smi (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%;
 - le Aziende fissano il livello massimo di finanziamento per singola struttura considerando esclusivamente la quota sanitaria (tariffa al netto della quota di compartecipazione, ove prevista); 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;

- tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
- vigilare sulla qualità della prestazione erogata 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;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00039/2012 che ha ridefinito e riordinato l'offerta assistenziale a persone non autosufficienti con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00159/2016 concernente: "Approvazione del documento «Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale»";

VISTI, per quanto riguarda i requisiti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale con onere a carico del SSR:

- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00434/2012 concernente "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2. del DPCA 8/2011 e integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011";
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00485/2015 avente ad oggetto "Modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario *ad Acta* U00434/2012 concernente: «Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale conseguente al processo di riordino di cui al DPCA n. 39 del 20 marzo 2012. Modifica al cap. 4.2 del DPCA n. 8/2011 ed integrale sostituzione dei cap. 3.4 e 7.2 del DPCA n. 8/2011» per classificazione del personale in base a nuclei da n. 20, revisione della dotazione organica del personale (nucleo residenziale e semiresidenziale mantenimento), introduzione della figura della «guardia infermieristica internucleo» notturna nonché modifica del par. 4.2.3 e 4.2.3.c.";
- il decreto del Commissario *ad acta* n. U00172/2016 con il quale è stato disposto l'annullamento "ex tunc" del DCA n. U00485/2015;

VISTI, per quanto riguarda le tariffe delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale con onere a carico del SSR:

- la DGR Lazio n. 583/2002 che ha stabilito, fra l'altro, le tariffe da applicare alle prestazioni di assistenza riabilitativa *ex art.* 26 della L. 833/1978, erogate dalle strutture private con onere a carico del SSR;
- il Decreto del Commissario *ad acta* nominato dal TAR Lazio n. G04762 del 12 aprile 2017 con il quale sono state stabilite le nuove tariffe per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento, rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale con decorrenza 01/10/2017;
- il Decreto del Commissario *ad acta* nominato dal TAR Lazio n. G10895/2017 che ha procrastinato al 01/01/2018 l'entrata in vigore delle nuove tariffe;



- il provvedimento amministrativo n. G18406 del 22 dicembre 2017 avente ad oggetto “Decreto del Commissario ad acta - nominato in esecuzione Sentenza TAR Lazio, Sez. III quater, n. 11491 del 17 novembre 2016 - n. G04762 del 12 aprile 2017 – Differimento entrata in vigore tariffe riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ed istituzione tavoli tecnici congiunti”;
- la determinazione n. G05097 del 17 aprile 2018 avente ad oggetto “Decreto Dirigenziale n.G18406 del 22 dicembre 2017 “Decreto del Commissario ad acta – nominato in esecuzione sentenza TAR Lazio, Sez. III quater, n. 11491 del 17 novembre 2016 – n. G04762 del 12 aprile 2017 – Differimento entrata in vigore tariffe riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ed istituzione tavoli tecnici congiunti” – Istituzione gruppo di lavoro”;

VISTI, per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa delle prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale:

- il decreto del Commissario ad acta n. U0051 del 1° luglio 2010 recante “Decreto del Commissario ad acta U0095/2009 «Attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, regime residenziale e semiresidenziale. Compartecipazione alla spesa (DPCM 29 novembre 2011)». Decorrenza ed ulteriori disposizioni” il quale stabilisce l’avvio della compartecipazione alla spesa a partire dal 1° luglio 2010;
- la DGR n. 380 del 7 agosto 2010 recante “Decreti U0095/2009 e U0051/2010 – Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni per la partecipazione alla spesa per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento – regime residenziale e semiresidenziale. Criteri e modalità”;

CONSIDERATO che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolto a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale viene determinato al netto della quota di compartecipazione del 30% per le prestazioni erogate in mantenimento sia in regime residenziale che semiresidenziale;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 per le prestazioni di riabilitazione territoriale viene definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello massimo di finanziamento della riabilitazione territoriale non può superare per l’anno 2017 l’importo di euro 200.693.133,88 e per l’anno 2018 l’importo di euro 209.847.659,44 così come indicato nell’**ALLEGATO 1** che è parte integrante del presente provvedimento;
- che il livello massimo di finanziamento previsto nell’allegato 1 del presente provvedimento sostituisce e non integra il livello massimo di finanziamento stabilito con il DCA n. U00411/2017 per la riabilitazione territoriale;

TENUTO CONTO

- che la definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 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 smi;

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 smi;
- che gli importi di cui al presente provvedimento, iscritti nelle voci di conto economico delle ASL già indicate nel decreto del Commissario *ad acta* n. U00411/2017, 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 per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale che nell'anno 2016 non hanno erogato prestazioni con onere a carico del SSR, o per le quali sia stato rilasciato il titolo di accreditamento per erogare prestazioni di profili assistenziali non ancora attivati, le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto;
- 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 gli anni 2017 e 2018 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 entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento e conseguentemente sottoscrivere i relativi accordi contrattuali;
- 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;
- che per tutto quanto non espressamente modificato dal presente provvedimento, si rimanda a quanto precedentemente disposto dal decreto del Commissario *ad acta* n. U00411/2017;



CONSIDERATO che per l'assegnazione dei livelli massimi di finanziamento per l'anno 2019 la Regione sta valutando l'applicazione di criteri standardizzati per tutte le tipologie assistenziali al fine di una omogeneizzazione del sistema "territoriale"

DECRETA

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento

1. di considerare come soggetti destinatari del presente provvedimento le strutture a cui è stato rilasciato il titolo di accreditamento per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
2. di determinare il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento residenziale e non, rivolte a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, al netto della quota di compartecipazione, come da normativa vigente, pari a euro 200.693.133,88 per il 2017 e pari a euro 209.847.659,44 per il 2018 così come indicato nell'**ALLEGATO 1** che è parte integrante del presente provvedimento;
3. che per gli anni 2017 e 2018, le ASL con il livello massimo di finanziamento per la riabilitazione territoriale assegnato dalla Regione devono:
 - o definire il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul proprio territorio, previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale;
 - o 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 decreto del Commissario *ad acta* n. U00324/2015, così come modificato dal decreto del Commissario *ad acta* n. U00555/2015 e dal decreto del Commissario *ad acta* n. U00249/2016;
 - o tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
 - o vigilare sulla qualità della prestazione erogata e sulla coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate;
 - o tener conto dello storico degli accessi effettuati, basandosi sulla residenza degli utenti;
 - o 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;
 - o monitorare il flusso delle compensazioni interaziendali attraverso report mensili;
4. 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 smi;
5. che gli importi di cui al presente provvedimento, iscritti nelle voci di conto economico delle ASL già indicate nel decreto del Commissario *ad acta* n. U00411/2017, 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;



6. che le singole ASL dovranno 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 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%;
7. che per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo potrà essere applicato un tasso di occupazione al massimo pari al 98%;
8. che per le strutture per le quali è stato rilasciato il titolo di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale che nell'anno 2016 non hanno erogato prestazioni con onere a carico del SSR, o per le quali sia stato rilasciato il titolo di accreditamento per erogare prestazioni di profili assistenziali non ancora attivati, le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto;
9. 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;
10. che per gli anni 2017 e 2018 non è prevista la possibilità per le ASL di effettuare spostamenti dei livelli massimi di finanziamento da una tipologia assistenziale ad un'altra;
11. che le ASL competenti per territorio devono adottare il provvedimento di ripartizione del finanziamento loro riconosciuto entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento e conseguentemente sottoscrivere i relativi accordi contrattuali;
12. 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;
13. 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;
14. che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accredimento 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;
15. che per tutto quanto non espressamente modificato dal presente provvedimento, si rimanda a quanto precedente disposto dal decreto del Commissario *ad acta* n. U00411/2017;
16. che il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 e 2018 di cui al presente decreto, 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 riassume comunque 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.

17 MAG. 2018

NICOLA ZINGARETTI



Allegato 1

Riabilitazione territoriale	
ASL	ANNO 2017
RM1	54.275.307 €
RM2	45.663.188 €
RM3	22.897.414 €
RM4	13.219.170 €
RM5	8.908.251 €
RM6	15.813.021 €
VT	19.875.301 €
RI	4.550.567 €
LT	9.484.710 €
FR	6.006.205 €
Tot.	200.693.133,88 €

Riabilitazione territoriale	
ASL	ANNO 2018
RM1	54.275.307 €
RM2	45.663.188 €
RM3	28.036.175 €
RM4	14.811.028 €
RM5	9.844.111 €
RM6	16.106.357 €
VT	19.875.301 €
RI	5.303.462 €
LT	9.484.710 €
FR	6.448.019 €
Tot.	209.847.659,44 €