



Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. *00256* del **01 SET. 2016**

Proposta n. 11962 del 05/08/2016

Oggetto:

DCA n. 126 del 20 aprile 2016 recante: "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 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 psichiatrica; 3) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 4) Assistenza per cure palliative (Hospice)" – Rettifica livelli massimi di finanziamento Assistenza Psichiatrica.

Estensore

CORRADI ANTONELLO

Responsabile del Procedimento

CORRADI ANTONELLO

Il Dirigente d'Area

M. GIANNICO

Il Direttore Regionale

V. PANELLA

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

G. BISSONI

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n.

Oggetto: DCA n. 126 del 20 aprile 2016 recante: “*Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 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 psichiatrica; 3) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 4) Assistenza per cure palliative (Hospice)*” – Rettifica livelli massimi di finanziamento Assistenza Psichiatrica.

**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 ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e ss. mm. ii.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e ss. mm. ii.;
- 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 del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con cui l’Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato *sub* commissario nell’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;

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...omissis...”*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio...omissis... Approvazione del Piano di Rientro*”;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;

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 ss. mm. ii., 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 servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinquies*;
- l’art. 8 *quater*, comma 8 e ss. mm. ii. 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 servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale;
- 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*;



- 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:
 - 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);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ...*omissis*... (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

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 *"...omissis... 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 ...omissis... 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 ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e ss. mm. ii., che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il DCA n. 90/2010 recante: *"Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie - Requisiti ulteriori per l'accreditamento"* Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d'uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private. L.R. n. 3/2010) e ss. mm. ii.;

- il DCA n. 8 del 3 febbraio 2011 avente ad oggetto “*Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*”;
- il DCA n. 359 del 30 ottobre 2014 avente ad oggetto “*L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 - direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale*”;
- Il DCA n. 585/2015 avente ad oggetto “*Disposizioni applicative degli artt. 2 e 4 dell’allegato “I”, del Decreto del Commissario ad acta n. U00359 del 30.10.2014 concernente “Direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale, anche alla luce della sopravvenuta normativa in materia di antincendio*”;
- Il DCA n. 594/2015 avente ad oggetto “*Disposizioni applicative dell’art. 3 dell’allegato “I”, del Decreto del Commissario ad acta n. U00359 del 30.10.2014 concernente “Direttive per l’adeguamento delle procedure di conferma dell’autorizzazione dell’attività sanitaria e di accreditamento istituzionale*”;

VISTA la nota prot. n. 156988 GR/11/16 del 23 marzo 2016 avente ad oggetto “*Elenchi strutture accreditate servizi territoriali (Psichiatria, RSA, Ex art. 26, Hospice). Rif. nota 69958/2016*” con la quale la competente Area ha comunicato, tra l’altro, l’elenco delle strutture in possesso del titolo di accreditamento che possono erogare prestazioni con onere a carico del SSR;

VISTI per quanto riguarda fabbisogno, requisiti delle strutture che erogano prestazioni di assistenza psichiatrica con onere a carico SSR e tariffe:

- Il DCA n. 15/2008 avente ad oggetto “*Definizione dei fabbisogni sanitari dell’assistenza residenziale per la salute mentale. Ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche. Approvazione della Relazione tecnica di ridefinizione di alcune funzioni assistenziali delle Case di Cura Neuropsichiatriche*” con il quale viene individuato il fabbisogno di posti residenziali per l’assistenza psichiatrica territoriale;
- La DGR n. 424/2006 avente ad oggetto “*Legge regionale 3 marzo 2003, n.4 - Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie*” e il decreto del Commissario ad acta n. U0048/2009 avente ad oggetto “*Approvazione “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla DGR 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle relative tariffe” (ALL2)*” con i quali vengono stabiliti i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per le autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie;
- Il DCA n. 8 del 3 febbraio 2011 avente ad oggetto “*Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*”;

M.G.

- Il DCA n. 188/2015 avente ad oggetto *“Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: “Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 “Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006” (ALL.1); “Ridefinizione dell’offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe” (ALL.2)”. Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche”;*
- Il DCA n. 101/2010 che ha stabilito le seguenti tariffe/die per la remunerazione delle prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale:
 - STPIT pari a € 201,42 per i primi 30 gg, dal 31° giorno al 60° pari a € 151,10, dal 61° giorno pari a € 120,90;
 - SRTRi pari a € 146,00;
 - SRTRe pari a € 129,00;
 - SRSR 24h pari a € 108,00;
 - SRSR 12h pari a € 81.
- Il DCA n. 562/2015 avente ad oggetto *“Attività Sanitaria e socio sanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001”;*
- Il DCA n. 62/2016 avente ad oggetto *“DCA 562/2015: Attività Sanitaria e socio sanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001”;*
- Il DCA n. 126 del 20 aprile 2016 recante: *“Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 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 psichiatrica; 3) Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane; 4) Assistenza per cure palliative (Hospice)”;*
- Il DCA n. 234/2016 avente ad oggetto *“Decreto del Commissario ad acta 3 marzo 2016, n. U00062 “DCA 562/2015: attività sanitaria e socio-sanitaria nell’ambito dei programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta media e bassa intensità assistenziale socio sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Differimento termini”;*

CONSIDERATO

- che il livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 per le prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale è definito dalle singole AA. SS. LL. competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 per le prestazioni di assistenza

M.G.

- 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 Servizio Sanitario Regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
- di rimandare alle disposizioni contenute nel DCA n. 126/2016 per quanto non espressamente modificato dal presente provvedimento.

DECRETA

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento

1. di rettificare il livello massimo di finanziamento stabilito dal DCA n. 126/2016 per l'assistenza di Psichiatria;
2. di determinare il livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni di assistenza psichiatrica (STPIT, SRTR i, SRTR e, SRSR 24h, SRSR 12h) non considerando la quota di compartecipazione che sarà introdotta, come stabilito dal DCA n. 234/2016, solo a partire dall'1 gennaio 2017;
3. di determinare, quindi, il livello massimo di finanziamento per l'assistenza psichiatrica per l'anno 2016 per un importo complessivo pari ad euro 61.246.191, così come indicato nell'Allegato 1;
4. che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole AA. SS. LL. deve ritenersi limite invalicabile, così come invalicabile è il livello massimo di finanziamento assegnato dalle AA. SS. LL. alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
5. che le AA. SS. LL. competenti per territorio devono comunicare alla Regione Lazio, entro 3 giorni dalla definizione del livello massimo di finanziamento, i dati relativi agli importi assegnati per singola struttura privata accreditata;
6. 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 Servizio Sanitario Regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

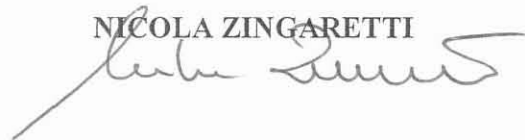


7. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 di cui al presente decreto, si riferisce esclusivamente ai cittadini residenti nella Regione Lazio per prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio regionale;
8. di rimandare alle disposizioni contenute nel DCA n. 126/2016 per quanto non espressamente modificato dal presente provvedimento.

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



Roma, li 01 SET. 2016



Allegato n. 1

ASL	Totale
RM1	€ 9.765.891
RM2	€ 3.707.446
RM3	€ 8.378.498
RM4	€ 1.408.119
RM5	€ 11.704.249
RM6	€ 10.458.598
VT	€ 3.773.717
RI	€ 465.226
LT	€ 8.618.904
FR	€ 2.965.543
Tot.	€ 61.246.191

M.G.