

Oggetto: Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le prestazioni, erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR, di 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 s.m.i.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR laziale;
- la DGR n. 271 del 5 giugno 2018, con cui è stato conferito l'incarico di Direttore Regionale della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria al Dott. Renato Botti;

VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro:

- l'articolo 8, comma 1 della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: "*Approvazione del «Piano di Rientro [...]»*" e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "*Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio [...] Approvazione del Piano di Rientro*";
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il DCA n. 52 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto "*Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale»*" e s.m.i.;

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

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i.;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e s.m.i., che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il 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 smi”;

- il DCA n. 8/2011 avente ad oggetto “Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»” e s.m.i;
- il DCA n. 434/2012 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 DCA n. 485/2015 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 DCA 172/2016 con il quale è stato disposto l’annullamento “ex tunc” del DCA n.485/2015;
- il DCA n. 469/2017 avente ad oggetto “Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”;

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

- l’art. 8-*quater*, comma 2 che prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli enti del SSN a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all’art. 8-*quinqües*;
- l’art. 8-*quater*, comma 8 per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8-*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);
 - o la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d),

prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), [...] (art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera e-*bis*);

- l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, che prevede, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*;

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa:

- ha precisato che: *“Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni”* (Sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012);
- ha precisato che: *“[...] chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quale i livelli essenziali relativi al diritto di salute [...] in alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato”* (Ordinanza Consiglio di Stato n. 906/2015; Sentenza TAR Abruzzo n. 585/2015 *et al.*);

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

- il DCA n. 324/2015 - così come modificato dal DCA n. 555/2015, dal DCA n. 249/2017 e dal DCA n. 231/2018 - con il quale viene adottato lo schema di contratto/accordo che le strutture private accreditate devono sottoscrivere;
- che lo schema di contratto di cui al punto precedente 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”*;
- il DCA n. 515/2018 con il quale vengono provvisoriamente prorogati per il primo trimestre dell'anno 2019, alle strutture private accreditate, i livelli massimi di finanziamento dell'anno 2018;
- il DCA n. 149/2019 concernente *“Acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato – Modalità provvisorie di erogazione in acconto per le prestazioni erogate nelle mensilità da gennaio a maggio 2019 – Contratto di budget ex DCA n. U00249 del 03 luglio 2017 – integrazione al DCA n. 515/2018.”*;
- il DCA n. 243/2019 *“Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8-*quinquies* del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015”*;

- il DCA n. 245/2019 avente ad oggetto: *“Acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato – Proroga delle modalità provvisorie di erogazione in acconto per le prestazioni erogate dal 1° giugno al 31 agosto 2019 - di cui al DCA n. 149 del 30 aprile 2019”*;

VISTI i provvedimenti adottati in materia di organizzazione e definizione del fabbisogno di salute e in particolare:

- il DCA n. 39/2012 che ha ridefinito e riordinato l’offerta assistenziale a persone non autosufficienti con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- il DCA n. 159/2016 concernente: *“Approvazione del documento «Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale»*”;
- il DCA n. 467/2017 avente ad oggetto *“Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione”* con il quale è stata individuata l’offerta programmata per le diverse fattispecie assistenziali territoriali;
- il DCA n. 258/2019 avente ad oggetto *“Regione Lazio: piano per il potenziamento delle reti territoriali. Adozione documento tecnico”* con il quale è stato aggiornato il fabbisogno di salute della popolazione e sono state pianificate ulteriori risorse per il triennio 2019-2021;

VISTI, per quanto riguarda la remunerazione delle medesime 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 DCA n. 520/2018 con il quale viene stabilito che i criteri e le tariffe antecedenti il DCA n. G04762 del 12 aprile 2017 sono prorogati fino al completamento della riorganizzazione dell’assistenza riabilitativa territoriale;

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 DCA n. 51/2010 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. 380/2010 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”*;
- la DGR n. 790/2016 recante *“Attuazione art. 6, commi da 1 a 3 della legge regionale del 10 agosto 2016 n.12 – Modifiche alla Legge regionale 14 luglio 2014, n. 7, relative alle disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento in regime residenziale e semiresidenziale.”*;

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 verrà determinato al netto della quota di compartecipazione;

STABILITO che la procedura e i criteri di assegnazione dei livelli di finanziamento di cui trattasi, si articolano come segue:

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

STABILITO che il livello di finanziamento per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, è pari ad un importo per l'anno 2019 di euro 219.932.000,00 (**Allegato A**);

TENUTO CONTO:

- che la definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
- che il livello massimo di finanziamento fa riferimento esclusivamente alle prestazioni erogate ai cittadini residenti nella Regione Lazio per prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio regionale;

- che le prestazioni possono essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i;

STABILITO:

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

STABILITO:

- che le ASL competenti per territorio devono adottare il provvedimento di ripartizione del finanziamento loro riconosciuto e devono invitare a sottoscrivere i relativi accordi contrattuali entro 30 giorni dalla adozione del presente provvedimento;
- che le ASL competenti per territorio devono trasmettere alla Regione Lazio, entro 3 giorni dalla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura, il relativo provvedimento amministrativo;
- che il livello di finanziamento di cui al presente decreto può essere utilizzato esclusivamente per la tipologia assistenziale di riabilitazione territoriale;
- che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, di cui al presente decreto, potrà in ogni caso subire delle modifiche in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento e che, quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

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

DECRETA

1. di assegnare alle Aziende Sanitarie del Lazio il livello massimo di finanziamento pari a complessivi euro 219.932.000,00 per l'anno 2019 (Allegato A), per le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
2. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le strutture che erogano prestazioni di Assistenza di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale viene definito dalle ASL territorialmente competenti sulla base del principio di committenza e del possesso del titolo di accreditamento con il SSR;
3. che la Regione Lazio, nel corso del 2019, sulla base delle disponibilità finanziarie e delle verifiche di sostenibilità economica del SSR, potrà eventualmente destinare risorse aggiuntive alle ASL tramite l'emanazione di decreti di integrazione dei livelli massimi di finanziamento;
4. che per l'anno 2019 le ASL, con il livello massimo di finanziamento per l'Assistenza di Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale assegnato dalla Regione devono:
 - o definire il livello massimo di finanziamento per le strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio, previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale e tenendo conto del fabbisogno di salute della popolazione;
 - 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 ai provvedimenti richiamati in premessa;
 - o tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
 - o vigilare sulla qualità delle prestazioni erogate 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;
5. che gli importi di cui al presente provvedimento, e di cui alle deliberazioni delle singole ASL che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura, rappresentano limite invalicabile;
6. che le singole ASL potranno fissare il livello massimo di finanziamento per le strutture in possesso del titolo di accreditamento rilasciato ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 7, D.Lgs 502/1992, per le quali deve essere ancora verificato "*il volume di attività svolto e la qualità dei risultati raggiunti*", valorizzando la produzione massima erogabile utilizzando un tasso di occupazione al massimo pari all'80%;

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 le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto, fatti salvi eventuali accordi di riconduzione a salvaguardia della continuità assistenziale;
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 il livello di finanziamento di cui al presente decreto può essere utilizzato esclusivamente per la tipologia assistenziale di riabilitazione territoriale;
11. che le ASL competenti per territorio devono adottare il provvedimento di ripartizione del finanziamento e conseguentemente sottoscrivere i relativi accordi contrattuali **entro 30 giorni** dalla adozione del presente provvedimento;
12. che le ASL competenti per territorio devono trasmettere obbligatoriamente 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 Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale 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'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;
15. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 si riferisce esclusivamente ai cittadini residenti nella Regione Lazio per prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio regionale;
16. che le ASL devono fissare il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul territorio di propria competenza, che riassume le prestazioni sanitarie già erogate dalla struttura sulla base della proroga dei contratti prevista all'art. 6 "Durata", comma 3, dei contratti stessi sottoscritti dagli erogatori.

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

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


NICOLA ZINGARETTI

ALLEGATO A

Livello massimo di finanziamento assistenza di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale - Anno 2019

ASL RM1	55.252.000 €
ASL RM2	51.455.000 €
ASL RM3	29.264.000 €
ASL RM4	14.811.000 €
ASL RM5	9.845.000 €
ASL RM6	16.398.000 €
VT	19.875.000 €
RI	5.303.000 €
LT	10.267.000 €
FR	7.462.000 €
Tot.	219.932.000 €