

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 14 novembre 2019, n. U00466

Integrazione DCA 73/2019 – Incremento del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR per Assistenza per cure palliative (Hospice).

Oggetto: Integrazione DCA 73/2019 – Incremento del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR per Assistenza per cure palliative (Hospice).

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

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “*Nuovo Statuto della Regione Lazio*” e s.m.i;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con la quale il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR laziale;
- la delibera di Giunta regionale n. 271 del 5 giugno 2018, con cui è stato conferito l'incarico di Direttore Regionale della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria al Dott. Renato Botti;

VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro:

- l'articolo 8, comma 1 della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le delibera di Giunta regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: “*Approvazione del «Piano di Rientro [...]»*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio [...] Approvazione del Piano di Rientro*”;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. 303 del 25 luglio 2019 avente ad oggetto “*Adozione del piano di rientro «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021» ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo.*”;

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

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e s.m.i, che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il decreto del Commissario *ad acta* n. 90/2010 recante “*Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e 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 decreto del Commissario *ad acta* n. 8/2011 avente ad oggetto “*Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e*

coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie» e s.m.i;

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

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

- l’art. 8-*quater*, comma 2 che prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli enti del SSN a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all’art. 8-*quinqüies*;
- 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-*quinqüies*, 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-*quinqüies*, 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-*quinqüies*, 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-*quinqüies*, comma 2, lettera e-*bis*);
- l’art. 8-*quinqüies*, comma 2-*quinqüies*, che prevede, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell’accredito 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-*quinqies* del D.Lgs 502/1992 e smi il DCA n. 243/2019 avente ad oggetto “*Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinqies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015*”;

TENUTO CONTO di quanto previsto dal decreto del Commissario *ad acta* n. 73/2019 con il quale viene stabilito in particolare che:

- 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%;
- le ASL fissano, inoltre, il livello massimo di finanziamento per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo applicando un tasso di occupazione che non potrà essere superiore al 98%;
- le ASL devono fissare il livello massimo di finanziamento tenendo conto del fabbisogno di salute della popolazione residente nel territorio regionale;

CONSIDERATO che il sopra richiamato provvedimento programmatico prevede espressamente che “*le strutture a cui verrà rilasciato il titolo di accreditamento successivamente alla data del 31.12.2018 potranno essere oggetto di successiva valutazione da parte delle Aziende Sanitarie competenti ai fini di una possibile contrattualizzazione, nei limiti delle risorse finanziarie aggiuntive eventualmente messe a disposizione della Regione tramite emanazione di decreti di integrazione del livello massimo di finanziamento*”;

TENUTO CONTO, altresì, di quanto previsto nel Piano di riqualificazione adottato con decreto del Commissario *ad acta* n. 303/2019 ove prevede che “*...omissis... nell’ottica di potenziare l’assistenza sanitaria sul territorio, la Regione sta investendo numerose risorse sulle prestazioni territoriali offerte da erogatori privati ...omissis... si prevede di impegnare ulteriori risorse per finanziare ...omissis... Hospice: 2,4 €/mln nel 2019*”;

STABILITO, pertanto, di incrementare il livello massimo di finanziamento per l’anno 2019 per un importo pari a € 1.552.914,00, così come riportato nell’**ALLEGATO A** del presente provvedimento;

STABILITO che il livello massimo di finanziamento per l’anno 2019 per le prestazioni per cure palliative (Hospice) viene definito dalle singole ASL competenti per territorio, per ogni singola struttura, applicando le tariffe vigenti;

STABILITO che le ASL devono trasmettere entro tre giorni, con nota formale inviata all’indirizzo di posta elettronica certificata della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria

salute@regione.lazio.legalmail.it e all'account dedicato dell'Area Remunerazione, Budget e Contratti sottoscrizione_contratti@regione.lazio.it, le Delibere aziendali con le quali stabiliscono il livello massimo di finanziamento per le strutture private accreditate;

TENUTO CONTO che a partire dalla data 1 gennaio 2020 potrà essere rideterminato il rapporto (1 a 4) dei trattamenti domiciliari sulla base degli atti di pianificazione e programmazione sanitaria che la Regione riterrà di adottare;

CONFERMATO tutto quanto previsto nel precedente decreto del Commissario *ad acta* che non viene espressamente modificato dal presente provvedimento;

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

DECRETA

1. di incrementare il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per un importo pari a € 1.552.914,00, così come riportato nell'**ALLEGATO A** del presente provvedimento;
2. di definire per l'anno 2019 un livello massimo di finanziamento complessivo pari a € 74.584.307,00 (**ALLEGATO B**) costituito dalla somma del suddetto incremento e dal livello massimo di finanziamento già assegnato alle Aziende Sanitarie del Lazio con il DCA n. 73/2019, per l'erogazione di prestazioni di assistenza per cure palliative (Hospice);
3. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le strutture accreditate per le prestazioni di assistenza per cure palliative (Hospice) viene definito dalle ASL territorialmente competenti, sulla base della loro configurazione prevista nei rispettivi provvedimenti di rilascio del titolo di accreditamento;
4. di dare seguito con il presente provvedimento al punto 3. del decretato del DCA n. 73/2019 ovvero che *“le strutture a cui verrà rilasciato il titolo di accreditamento successivamente alla data del 31.12.2018 potranno essere oggetto di successiva valutazione da parte delle Aziende Sanitarie competenti ai fini di una possibile contrattualizzazione, nei limiti delle risorse finanziarie aggiuntive eventualmente messe a disposizione della Regione tramite emanazione di decreti di integrazione del livello massimo di finanziamento”*;
5. di richiamare integralmente quanto stabilito dal punto 4.) al punto 17.) del menzionato DCA n. 73/2019.

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

ASL	Budget integrativo 2019
RM2	758.400 €
RM5	469.486 €
FR	325.028 €
Tot.	1.552.914 €

ALLEGATO B**TOTALE COMPLESSIVO LIVELLO MASSIMO DI FINANZIAMENTO PER ASSISTENZA PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE) ANNO 2019**

Anno 2019			
ASL	Residenziale	Domiciliare	Totale
RM1	7.326.698 €	14.498.768 €	21.825.466 €
RM2	3.226.013 €	6.383.941 €	9.609.954 €
RM3	3.119.287 €	6.172.743 €	9.292.030 €
RM5	1.535.894 €	3.039.373 €	4.575.267 €
RM6	2.538.955 €	5.024.326 €	7.563.281 €
VT	3.264.371 €	6.459.848 €	9.724.219 €
LT	2.829.122 €	5.598.535 €	8.427.657 €
FR	1.197.233 €	2.369.200 €	3.566.433 €
Totale	25.037.573 €	49.546.734 €	74.584.307 €