

Oggetto: Integrazione DCA n. 411/2017 *“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)”*.

**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 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: *“Preso 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»”*;

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 DCA n. 90/2010 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 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 smi;
- il DCA n. 105/2013 avente ad oggetto *“Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011. Approvazione documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane”*;
 - 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 attuale e quella programmata per le diverse fattispecie assistenziali territoriali nonché è stato ridefinito, a conclusione del percorso di riorganizzazione e riqualificazione di cui al DCA n. 187/2017, il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane;
 - 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-*quinquies*;
- 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-*quinquies*, 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-*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:
 - 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-*quinquies*, 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 smi:

- il DCA n. 324/201 - 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 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”*

VISTO il DCA n. 411/2017 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)”*;

VISTO il DCA n. 188/2018 concernente: *“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”*;

TENUTO CONTO di quanto previsto dai precedenti provvedimenti commissariali i quali stabiliscono, 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 l'anno 2018 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:
 - 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;

- 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 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%;
- o le ASL 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;
- o le ASL devono tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;

VISTI, per quanto riguarda il fabbisogno e le tariffe applicabili alle strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, con onere a carico del SSR:

- il DCA n. 467/2017 avente ad oggetto "Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione" in cui si riportano i dati del fabbisogno stimato regionale:

Tipologia di trattamento	%	Numero posti
Intensivo residenziale	2	304
Estensivo residenziale	9	1.367
Estensivo residenziale per disturbi cognitivo – comportamentali gravi	5	759
Estensivo semiresidenziale per disturbi cognitivo – comportamentali gravi	5	759
Mantenimento residenziale	74	11.241
Mantenimento semiresidenziale	5	759
Totale	100	15.189

- il DCA n. 99/2012 che ha stabilito le seguenti corrispondenze tra i diversi livelli assistenziali succedutesi nel corso degli anni:

Regolamento Regionale 1/1994	DPCA 8/2011	DCA 39/2012
	R1	Intensiva
ALTO (III)	R2	Mantenimento A
MEDIO (II) – BASSO (I)	R3	Mantenimento B

- il DCA n. 101/2013, che definisce le tariffe:

Tipologia assistenziale	Tariffa totale	Onere SSR
Intensiva	220,30	220,30
Mantenimento A	118,40	59,20
Mantenimento B	98,40	49,20

- il DCA n. 9/2016 avente ad oggetto "Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane";
- il DCA n. 60/2016 avente ad oggetto "Modifica del Decreto del Commissario ad acta n. U00009/2016 avente ad oggetto «Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane»", con il quale vengono stabilite le seguenti tariffe:

Tipologia assistenziale	Tariffa con onere SSR
Estensiva residenziale	144,00
Estensiva residenziale per disturbi cognitivo comportamentali gravi	153,00
Estensiva semiresidenziale per disturbi cognitivo comportamentali gravi	78,00

CONSIDERATO che relativamente all'assistenza semiresidenziale di mantenimento la tariffa è pari al 52% della corrispondente tariffa residenziale;

VISTO, per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, la DGR n. 98 del 20 febbraio 2007 che rimodula la diaria giornaliera per le RSA, nel senso di ripartire l'onere di detta diaria nella misura del 50% a carico SSR e nella misura del restante 50% a carico dell'assistito;

CONSIDERATO che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni in RSA è determinato al netto della quota di compartecipazione del 50% per le prestazioni erogate in mantenimento sia in regime residenziale che semiresidenziale;

VISTO l'Accordo sottoscritto in data 23 maggio 2018 tra la Regione Lazio, l'ASL RM 5 e la Società Italian Hospital Group Spa, con il quale è stato concordato il percorso di attuazione per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra la ASL RM 5 ed il Centro Alzheimer secondo quanto disposto dall'art. 8-bis del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i.;

VISTO il DCA n. 217 del 30 maggio 2018 concernente *“Multi-presidio denominato «Italian Hospital Group – IHG», sito nel Comune di Guidonia Montecelio (RM), via Tiburtina n. 188, gestito dalla Società «Italian Hospital Group Spa» (P. IVA 06703461001). Approvazione dell'Accordo per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra la ASL RM 5 e la Italian Hospital Group Spa per il cd. «CENTRO ALZHEIMER» nell'ambito della disciplina di cui all'art. 8-bis del D.lgs n. 502/1992 e s.m.i.”*;

CONSIDERATO che con il suddetto DCA n. 217/2018 la Regione Lazio ha inteso ricondurre nell'ambito della gestione tipizzata le attività sanitarie eliminando anche ogni situazione di gestione extra ordinem riguardante la ex Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), riorganizzata ai sensi del DCA n. 448/2014 in Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) – Centro territoriale esperto, riconducendo le attività nel setting assistenziale appropriato;

CONSIDERATO, inoltre, che con l'Accordo approvato dal DCA n. 217/2018 le parti firmatarie- ovvero Regione Lazio, ASL RM 5 e IHG - hanno altresì inteso assicurare la continuità assistenziale durante la fase transitoria fino all'inquadramento del Centro Alzheimer in strutture autorizzate e accreditate con SSN;

TENUTO CONTO che il punto 12) dell'Accordo riporta il livello massimo di finanziamento annuale a far data dall'accreditamento spettante all'Italian Hospital Group per l'erogazione delle attività assistenziali considerate;

VISTO il DCA n. 415/2018 concernente *“Completamento del percorso di riconduzione all'ordinem del Centro Alzheimer «Italian Hospital Group – IHG» in attuazione del DCA n. 217 del 30 maggio 2018: autorizzazione all'esercizio e accreditamento in favore del Multi presidio denominato «Italian Hospital Group», sito nel Comune di Guidonia Montecelio (RM), via Tiburtina n. 188 gestito dalla Società «Italian Hospital Group Spa» (P.IVA 06703461001) e del poliambulatorio. Contestuale rilascio, ai sensi della L.R. n. 4/03 e del R.R. n. 2/07,*

dell'autorizzazione all'esercizio di un Centro per le Cure Palliative in Hospice”;

CONSIDERATO che con il DCA n. 415/2018 è stato portato a compimento, per quanto riguarda il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento, il percorso di riconduzione all'*ordinem* del Centro Alzheimer “Italian Hospital Group” in attuazione del DCA n. 217/2018;

RILEVATO quanto indicato dall'Accordo, ossia 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 diverse, poiché si tratta di riconduzione di attività assistenziale di cui deve essere comunque garantita la continuità;

VISTA la nota prot. n. 33579 del 19 novembre 2018 della Direzione Generale della ASL RM5 con la quale la stessa evidenzia la necessità dell'assegnazione dei livelli massimi di finanziamento, con la sola esclusione dell'assistenza in Hospice per la quale è in itinere l'istanza per il rilascio del titolo di accreditamento;

PRESO ATTO, in virtù di quanto previsto dal DCA n. 217/2018 e di quanto indicato dalla sopra riportata comunicazione aziendale, di dover incrementare il livello massimo di finanziamento assegnato alla ASL RM5 con il precedente DCA n. 411/2017;

PRESO ATTO che l'incremento tiene conto della configurazione della struttura, così come indicata nel DCA n. 415/2018, e che l'importo è stato calcolato valorizzando la massima capacità produttiva, con decorrenza 16 dicembre 2018, applicando le tariffe vigenti ed un tasso di occupazione del 98%;

STABILITO pertanto di incrementare il livello massimo di finanziamento, esclusivamente per l'anno 2018 e per la ASL RM5, per un importo pari ad euro 257.657,68;

STABILITO di approvare l'**ALLEGATO A** del presente provvedimento che, esclusivamente per l'anno 2018, sostituisce quanto previsto nell'Allegato 2 del sopra citato DCA n. 411/2017;

STABILITO:

- che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2018 per le prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane viene definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello di finanziamento per le prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane, è pari ad un importo complessivo regionale per l'anno 2018 di euro 172.270.494, così come indicato nell'**ALLEGATO A** che è parte integrante del presente provvedimento e che sostituisce l'allegato 2 – Anno 2018, di cui al DCA n. 411/2017;

TENUTO CONTO:

- che la definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 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 DCA n. 411/2017, 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 le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto, fatti salvi gli accordi di riconduzione già adottati che salvaguardano la 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 per l'anno 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 e devono 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 DCA n. 411/2017;

CONFERMATO, per quanto non espressamente modificato dal presente provvedimento, quanto disposto dai precedenti DCA n. 411/2017 e n. 188/2018;

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

DECRETA

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 assistenza sanitaria rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane;
2. di incrementare il livello massimo di finanziamento rispetto a quanto previsto nell'allegato 2 – anno 2018 del DCA 411/2017, per la ASL RM5, di un importo pari ad euro 257.657,68;
3. di approvare l'**ALLEGATO A** del presente provvedimento che, esclusivamente per l'anno 2018, sostituisce quanto previsto nell'allegato 2 del sopra citato DCA n. 411/2017;
4. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2018 per le prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane viene definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
5. che il livello di finanziamento, per le prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane, è pari ad un importo complessivo regionale per l'anno 2018 di euro 172.270.494, così come indicato nell'**ALLEGATO A** che è parte integrante del presente provvedimento e che sostituisce l'allegato 2 – Anno 2018, di cui al DCA 411/2017
6. che per l'anno 2018, le ASL con il livello massimo di finanziamento per l'assistenza sanitaria rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane, assegnato dalla Regione devono:
 - 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;
 - 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 DCA n. 324/2015, così come modificato dal DCA n. 555/2015, dal DCA n. 249/2016 e dal DCA n. 231/2018;
 - tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
 - vigilare sulla qualità delle prestazioni erogate 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;
7. 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;
8. che gli importi di cui al presente provvedimento, iscritti nelle voci di conto economico delle ASL già indicate nel DCA n. 411/2017, 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;

9. 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%;
10. che per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo potrà essere applicato un tasso di occupazione al massimo pari al 98%;
11. che le prestazioni potranno essere erogate con onere a carico del SSR solo a seguito della sottoscrizione del contratto, fatti salvi gli accordi di riconduzione già adottati che salvaguardano la continuità assistenziale;
12. 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;
13. che per l'anno 2018 non è prevista la possibilità per le ASL di effettuare spostamenti dei livelli massimi di finanziamento da una tipologia assistenziale ad un'altra;
14. che le ASL competenti per territorio devono adottare il provvedimento di ripartizione del finanziamento loro riconosciuto e conseguentemente sottoscrivere i relativi accordi contrattuali;
15. 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;
16. 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;
17. 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;
18. che per tutto quanto non espressamente modificato dal presente provvedimento, si rimanda a quanto precedente disposto dal DCA n. 411/2017;
19. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 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;
20. che le ASL devono fissare il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul territorio di propria competenza, che riassorbe 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.

NICOLA ZINGARETTI

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Nicola Zingaretti', written over the printed name.

ALLEGATO A

LIVELLO MASSIMO DI FINANZIAMENTO PER ASSISTENZA RESIDENZIALE INTENSIVA, ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO RIVOLTA A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE

RSA	
ASL	ANNO 2018 (€)
RM1	28.814.023
RM2	11.090.886
RM3	10.820.353
RM4	14.645.526
RM5	29.233.017
RM6	24.960.449
VT	14.824.733
RI	5.379.482
LT	11.602.157
FR	20.899.867
Tot.	172.270.494