

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 19 aprile 2019, n. U00139

Definizione 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 psichiatrica e per Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane.

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 per Assistenza psichiatrica e per Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane.*

**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 L.R. n. 6 del 18 febbraio 2002 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: “*Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio [...] Approvazione del Piano di Rientro*”;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il DCA 52/2017 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.;
- la bozza del nuovo programma operativo 2019-2021, trasmesso per una prima valutazione ai Ministeri affiancati in data 28 marzo 2019;

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

- la L.R. 4/2003 e s.m.i;
- la L.R. 3/2010 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 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 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 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 DCA 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-*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:

- 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 324/2015 - così come modificato dal DCA 555/2015, dal DCA 249/2017 e dal DCA 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”*

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 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 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%;
 - o 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 nella Regione Lazio;
 - o le ASL devono tenere conto del fabbisogno di salute della popolazione residente nell’intero territorio regionale;

PER QUANTO RIGUARDA L’ASSISTENZA PSICHIATRICA,

VISTA la nota prot. n. 221096 del 21 marzo 2019 con la quale la competente Area “Autorizzazione, Accreditamento e Controlli” ha trasmesso l’elenco aggiornato al 31 dicembre 2018 delle strutture in possesso del titolo di accreditamento che possono erogare prestazioni di

Assistenza psichiatrica e di Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane con onere a carico del SSR;

CONSIDERATA la volontà della Regione di rafforzare il ruolo della committenza lasciando alle ASL la dovuta e opportuna valutazione dell'allocazione delle risorse finanziarie sul territorio sulla base dell'analisi del fabbisogno assistenziale e delle esigenze dell'utenza;

TENUTO CONTO pertanto che le ASL potranno assegnare i livelli massimi di finanziamento e quindi contrattualizzare le strutture in possesso del titolo di accreditamento indipendentemente dalla data del suo rilascio da parte della Regione;

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

- La DGR 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" (ALL.2)*", 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 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;
- Il DCA 188/2015 avente ad oggetto "*Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre 2015: "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 101/2010 che ha stabilito le seguenti tariffe/*die* per la remunerazione delle prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale:
 - o STPIT pari a € 201,42 per i primi 30 gg, pari a € 151,10 dal 31° giorno al 60°, pari a € 120,90 dal 61° giorno in poi;
 - o SRTRi pari a € 146,00;
 - o SRTRe pari a € 129,00;
 - o SRSR 24h pari a € 108,00;
 - o SRSR 12h pari a € 81,00;
- Il DCA 256/2018 "*Assistenza residenziale per trattamenti comunitari intensivi ed estensivi per adolescenti erogata da strutture residenziali terapeutico riabilitative – Determinazione delle tariffe*" che ha stabilito le seguenti tariffe:
 - o € 261,59 per *die* per l'assistenza residenziale per trattamenti comunitari intensivi per adolescenti;
 - o € 147,71 per *die* per l'assistenza residenziale per trattamenti comunitari estensivi per adolescenti;

VISTI, per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa per le prestazioni di assistenza psichiatrica:

- Il DCA 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 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”*;
- la DGR 395/2017 che definisce l’applicazione della compartecipazione alla spesa per l’assistenza psichiatrica disponendone la decorrenza dal 1 luglio 2017;
- la DGR 943/2017 che modifica ed integra la DGR 395/2017 sulle disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le strutture residenziali che erogano prestazioni socio riabilitative psichiatriche con ulteriori disposizioni per gli utenti ricoverati di età compresa tra i 18 e i 25 anni;
- la stessa DGR 943/2017 che ha prorogato fino al 31 luglio 2018 le disposizioni del DCA 562/2015, con particolare riferimento alle prestazioni SRSR24h;
- il DCA 293/2018 con il quale viene ratificata la DGR 943/2017 e vengono prorogate al 31 dicembre 2018 le disposizioni di cui al DCA 562/2015, con particolare riferimento alla quota di compartecipazione prevista per le SRSR24h;
- la nota della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali prot. n. 253647 del 3 maggio 2018 con la quale si richiede alle ASL e ai Direttori dei DSM del Lazio la ricognizione degli utenti esenti dalla compartecipazione di età compresa tra i 18 e i 25 anni e ai sensi dell’art. 1 del D.Lgs 230/1999;

VISTO il DCA n. 468/2017 concernente *“Riforma della residenzialità psichiatrica: modifica e integrazione del paragrafo 4.3 del DCA n. 8/2011. Gruppo appartamento. Abrogazione SRSR a bassa intensità (a fasce orarie). Approvazione allegato 1”*;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per l’anno 2019 per le prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale verrà definito dalle singole ASL competenti per territorio, applicando le tariffe vigenti;
- che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza psichiatrica (STPIT, SRTRi, SRTRe, SRSR 24h, SRSR 12h, SRTRi adolescenti, SRTRe adolescenti), al netto della quota di compartecipazione, come da normativa vigente, non può superare per l’anno 2019 l’importo di € **69.035.454,10**, così come indicato nell’**ALLEGATO A**, che è parte integrante del presente provvedimento;

PER QUANTO RIGUARDA L’ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE,

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

- il DCA 467/2017 sopra richiamato con il quale è stata definita la programmazione dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale della Regione Lazio;
- il DCA 99/2012 che ha stabilito le seguenti corrispondenze:

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 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 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 di mantenimento a persone non autosufficienti, anche anziane, la DGR n. 98 del 20 febbraio 2007;

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;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per l’anno 2019 per le prestazioni rivolte a persone non autosufficienti, anche anziane verrà 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 per l’anno 2019 di € **181.940.604,00 (ALLEGATO B)**;

TENUTO CONTO:

- che la definizione dei livelli massimi 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 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 per l'anno 2019 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 **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 massimo di finanziamento in relazione all'attività di Assistenza psichiatrica e di Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane, 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 ASL del Lazio il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 pari a complessivi **€ 69.035.454,10 (ALLEGATO A)** per le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza psichiatrica;
2. di assegnare alle ASL del Lazio il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019, per Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane pari a complessivi **€ 181.940.604,00 (ALLEGATO B)**;

3. che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le strutture che erogano prestazioni di Assistenza psichiatrica e di Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane viene definito dalle ASL territorialmente competenti sulla base del principio di committenza e del possesso del titolo di accreditamento con il SSR;
4. 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;
5. che per l'anno 2019 le ASL, con il livello massimo di finanziamento per l'Assistenza psichiatrica e per l'Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane assegnato dalla Regione, devono:
 - 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;
 - 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;
 - 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;
6. 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;
7. 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%;
8. che per le strutture in possesso del titolo di accreditamento definitivo potrà essere applicato un tasso di occupazione al massimo pari al 98%;
9. 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;
10. 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;

11. che per l'anno 2019 non è prevista la possibilità per le ASL di effettuare spostamenti dei livelli massimi di finanziamento da una tipologia assistenziale ad un'altra;
12. 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;
13. 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;
14. che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di Assistenza psichiatrica e di Assistenza residenziale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone non autosufficienti, anche anziane, 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;
15. 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;
16. 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;
17. che le ASL devono fissare il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul territorio di propria competenza, che riassorbe 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 PER ASSISTENZA PSICHIATRICA PER L'ANNO 2019**

Psichiatria	
ASL	ANNO 2019
RM1	9.261.630,14 €
RM2	4.174.351,16 €
RM3	8.681.779,92 €
RM4	3.348.304,26 €
RM5	10.468.018,96 €
RM6	12.251.368,08 €
VT	3.761.072,42 €
RI	888.964,80 €
LT	11.081.921,22 €
FR	5.118.043,14 €
Tot.	69.035.454,10 €

ALLEGATO B**LIVELLO MASSIMO DI FINANZIAMENTO PER ASSISTENZA RESIDENZIALE INTENSIVA, ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO RIVOLTA A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE ANNO 2019**

Assistenza per non autosufficienti, anche anziani	
ASL	Anno 2019
RM1	28.743.198 €
RM2	11.090.861 €
RM3	10.886.650 €
RM4	14.645.526 €
RM5	35.147.817 €
RM6	24.960.449 €
VT	14.824.733 €
RI	6.940.146 €
LT	13.892.957 €
FR	20.808.267 €
Tot.	181.940.604 €