

Direzione: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: REMUNERAZIONE, BUDGET E CONTRATTI

DETERMINAZIONE *(con firma digitale)*

N. G10215 del 28/07/2021

Proposta n. 29248 del 27/07/2021

Oggetto:

Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per le prestazioni di assistenza Psichiatrica con onere a carico del SSR, erogate da strutture private accreditate, in attuazione della D.G.R. n. 339 del 8 giugno 2021.

Proponente:

Estensore	CORRADI ANTONELLO	_____firma elettronica_____
Responsabile del procedimento	CORRADI ANTONELLO	_____firma elettronica_____
Responsabile dell' Area	C. MILITE	_____firma digitale_____
Direttore Regionale	M. ANNICCHIARICO	_____firma digitale_____

Firma di Concerto

OGGETTO: Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per le prestazioni di assistenza Psichiatrica con onere a carico del SSR, erogate da strutture private accreditate, in attuazione della D.G.R. n. 339 del 8 giugno 2021.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell'Area remunerazione, budget e contratti;

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”* e s.m.i.;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 *“Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale”* e s.m.i.;

VISTA la Determinazione 2 ottobre 2018, n. G12275 concernente *“Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257”*, come modificata dalle Determinazioni n. G12533 del 5 ottobre 2018, n. G13374 del 23 ottobre 2018, n. G13543 del 25 ottobre 2018, n. G02874 del 14 marzo 2019 e n. G09050 del 3 luglio 2019, con cui è stato definito l'assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e approvate le declaratorie delle competenze delle Aree, degli Uffici e del Servizio;

VISTA la deliberazione n. 1044 del 30 dicembre 2020 con la quale la Giunta Regionale ha conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria al Dr. Massimo Annicchiarico;

VISTI

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante *“Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”*;
- la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i., recante *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”*;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n. 20, concernente: *“Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), e dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all'esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale”*;

- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- il DCA n. 243 del 25 giugno 2019 avente ad oggetto: *“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”*, con il quale è stato approvato lo schema di accordo/contratto avente efficacia per il triennio 2019-2021;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 avente ad oggetto *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”*;
- la DGR n. 406 del 26 giugno 2020 avente ad oggetto *“Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”*;
- la DGR n. 661 del 29 settembre 2020, avente ad oggetto *“Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”*;
- la DGR n. 20/2021 concernente: *“Disposizioni e indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2021-2023 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”*;
- la Circolare del Direttore Generale di cui alla nota prot. 278021 del 30 marzo 2021 concernente le modalità operative per la gestione del Bilancio regionale 2021-2023;

VISTI:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente *“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”*;
- il D.Lgs 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;
- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;

RICHIAMATO il D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e in particolare i seguenti articoli:

- l’art. 8-bis, comma 1, che prevede che *“le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies”*;
- l’art. 8-quater, comma 2, che prevede che *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8-quinquies”*;
- l’art. 8-quater, comma 7, secondo cui *“Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l’avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l’accreditamento può essere concesso in via provvisoria per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolte e della qualità dei suoi risultati. L’eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell’accreditamento temporaneo concesso”*;
- l’art. 8-quater, comma 8, secondo cui *“in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità*

sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale”;

- l'art. 8-quinquies, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private e con i professionisti accreditati, che indicano, tra l'altro:
 - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8-quinquies, comma 2, lettera d);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),omissis....(art. 8-quinquies, comma 2, lettera e- bis);
- 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;

RICHIAMATI altresì:

- 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 e s.m.i. 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 s.m.i.;*
- il DCA n. 8/2011 e s.m.i. 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. 469/2017 di aggiornamento, tra l'altro, dei requisiti di accreditamento;

VISTO il DCA n. 243/2019 e s.m.i. concernente *“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”*, con il quale è stato approvato lo schema triennale di accordo/contratto di budget ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra la Regione/le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale;

VISTI i seguenti provvedimenti con i quali sono stati approvati gli schemi di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.:

- DCA n. 518/2019 avente ad oggetto *“Acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato - Definizione Budget provvisori primo semestre 2020- Contratto di budget ex DCA n. U00243 del 25/06/2019 e approvazione Addendum Contrattuale per le strutture interessate da riconversione”*;
- DGR n. 689/2020 avente ad oggetto *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2020 per l’assistenza sanitaria e disciplina delle regole di erogazione, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, incluse quelle erogate nell’ambito della gestione dell’emergenza sanitaria da Covid-19. Approvazione Addendum al Contratto di budget ex DCA n. U00243 del 25/06/2019. Approvazione dello schema di Accordo/Contratto integrativo ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e D.L. n. 18/2020 per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell’emergenza Covid-19. Contrattualizzazione delle strutture interessate dal percorso di riconversione”*, con la quale sono stati approvati, tra l’altro:
 - a) lo schema di Addendum al Contratto di budget 2019-2021;
 - b) lo schema di Accordo/Contratto integrativo ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e D.L. n. 18/2020 per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell’emergenza COVID-19;
- Determinazione n. G03721/2021, avente ad oggetto *“Approvazione dello schema di addendum al contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2019-2021 per le strutture private accreditate - Oneri contrattuali CCNL sanità privata 2016-2018 – DGR n. 614/2020”*;

TENUTO CONTO che l’accordo/contratto di cui al richiamato DCA n. 243/2019, all’art. 6 ha previsto una durata triennale per la disciplina giuridica e una durata annuale per quella economica, in rapporto alla ripartizione del Fondo Sanitario, disponendo, che *“la durata del rapporto si intende riferita alla disciplina giuridica prevista nel presente accordo, fermo restando che il corrispettivo contrattuale per gli anni 2020 e 2021 verrà fissato con specifico provvedimento di budget anche all’esito della ripartizione del fondo sanitario nazionale e, pertanto, l’importo di cui al successivo art. 9 sarà oggetto di Addendum contrattuale annuale tra le parti”*;

RILEVATO che lo schema di Addendum al Contratto di budget 2019-2021, adottato, quale allegato *sub 1*, con la DGR n. 689/2020 è utilizzabile anche per l’anno 2021 per la contrattualizzazione del corrispettivo economico;

VISTI i seguenti provvedimenti amministrativi 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” (ALL2)”*, con i quali vengono stabiliti i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per le autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie;
- Il DCA 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 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 I”*;
- 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 SRTR i pari a € 146,00;
 - o SRTR e 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 sociosanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale sociosanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001”*;
- il DCA 62/2016 avente ad oggetto *“DCA 562/2015: Attività Sanitaria e sociosanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale sociosanitaria. 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 1.07.2017;
- 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 socioriabilitative 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 sentenza del Consiglio di Stato n. 08608/2019 con la quale vengono annullati in *parte qua* i provvedimenti amministrativi che stabilivano la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente o del Comune di residenza sostenendo che tale previsione può essere applicata esclusivamente alla prestazioni socio sanitarie di bassa intensità;

VISTA la DGR n. 339 dell'8 giugno 2021 avente ad oggetto "*Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2021 per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria e disciplina delle relative regole di finanziamento, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie*" con la quale sono stati determinati i livelli di finanziamento per tutto l'anno 2021 in misura almeno pari a quelli assegnati per l'anno 2020, per le strutture private accreditate che erogano a carico del Servizio Sanitario Regionale assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e territoriale;

CONSIDERATO che con la DGR n. 339/2021, il livello massimo di finanziamento per l'erogazione di prestazioni di assistenza territoriale da parte dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2021 è stato determinato complessivamente in 738.218.000,00 €;

STABILITO di assegnare un livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per le ASL del Lazio per l'erogazione di prestazioni di assistenza Psichiatrica da parte di strutture private accreditate, con onere a carico SSR, per un importo pari ad euro 84.550.000,00;

VISTA la nota prot. n. 0610282 del 14 luglio 2021 avente ad oggetto "*Disposizioni generali in ordine a livelli massimi di finanziamento delle prestazioni di Assistenza Ospedaliera, Assistenza Territoriale e Assistenza Specialistica (competenza luglio-agosto-settembre 2021)*" con i quali sono stati confermati i livelli massimi di finanziamento assegnati nell'anno 2020 nella misura dei 9/12;

RITENUTO che le ASL, nell'ambito della funzione di committenza, hanno la facoltà di procedere, avendo come limite invalicabile il livello massimo di finanziamento assegnato dall'Amministrazione regionale, ad attribuire il budget alle strutture accreditate, modulando il livello massimo tra tutti gli erogatori dello stesso settore o utilizzando eventuali economie, purché la scelta sia supportata da elementi di oggettiva valutazione del fabbisogno assistenziale del territorio e della tutela della salute, che andranno riportati puntualmente nell'atto deliberativo della ASL;

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 la 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 della rete complessiva dell'offerta;
 - 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;

- le ASL devono tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
- le ASL devono fissare il livello massimo di finanziamento tenendo conto del fabbisogno di salute della popolazione;

STABILITO altresì che:

- le ASL, nell'esercizio della propria funzione di committenza, definiscono con proprio provvedimento entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto, i tetti di spesa (budget) per singolo soggetto erogatore afferente al proprio ambito territoriale, secondo i limiti e le modalità indicati nel presente provvedimento;
- 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-*quinqüies* del D. Lgs 502/1992 e s.m.i.;
- gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL che definiscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;
- il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
- al soggetto erogatore viene riconosciuta la rispettiva produzione erogata, fino al limite massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

STABILITO di approvare il livello massimo di finanziamento 2021 per l'assistenza Psichiatrica di cui alla seguente tabella n. 1 che costituisce parte integrante del presente provvedimento:

Tabella 1

ASL	Anno 2021
RM1	11.160.000,00 €
RM2	5.560.000,00 €
RM3	10.710.000,00 €
RM4	3.870.000,00 €
RM5	14.930.000,00 €
RM6	13.900.000,00 €
RI	650.000,00 €
VT	4.000.000,00 €
LT	13.410.000,00 €
FR	6.360.000,00 €
Tot.	84.550.000,00 €

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

DETERMINA

1. di assegnare un livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per le ASL del Lazio per l'erogazione di prestazioni di assistenza Psichiatrica da parte di strutture private accreditate, con onere a carico SSR, per un importo pari ad euro 84.550.000,00 ;
2. di approvare il livello massimo di finanziamento per l'assistenza Psichiatrica, di cui alla seguente tabella n. 1 che costituisce parte integrante del presente provvedimento:

Tabella 1

ASL	Anno 2021
RM1	11.160.000,00 €
RM2	5.560.000,00 €
RM3	10.710.000,00 €
RM4	3.870.000,00 €
RM5	14.930.000,00 €
RM6	13.900.000,00 €
RI	650.000,00 €
VT	4.000.000,00 €
LT	13.410.000,00 €
FR	6.360.000,00 €
Tot.	84.550.000,00 €

3. che le ASL, nell'ambito della funzione di committenza, hanno la facoltà di procedere, tenuto conto del livello massimo di finanziamento assegnato dall'Amministrazione regionale, ad attribuire il budget anche a nuove strutture accreditate, rimodulando il livello massimo tra tutti gli erogatori dello stesso settore o utilizzando eventuali economie, purché la scelta sia supportata da elementi di oggettiva valutazione del fabbisogno assistenziale del territorio e della tutela della salute, che andranno riportati puntualmente nell'atto deliberativo della ASL;
4. che le singole ASL adottano un proprio provvedimento di assegnazione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata;
5. che le strutture private accreditate assegnatarie del livello massimo di finanziamento sottoscrivono il contratto con la ASL competente per territorio, secondo lo schema ratificato con i decreti sopra richiamati;
6. 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%; 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;

7. che le ASL devono tener conto degli accessi degli utenti residenti e non residenti sul proprio territorio;
8. che le ASL, nell'esercizio della propria funzione di committenza, definiscono con proprio provvedimento entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto, i tetti di spesa (budget) per singolo soggetto erogatore afferente al proprio ambito territoriale;
9. 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.;
10. che gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL che definiscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura;
11. che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
12. che al soggetto erogatore viene riconosciuta la relativa produzione erogata, fino al limite massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
13. che i livelli massimi di finanziamento fissati per il 2021 dovranno, comunque, riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla pubblicazione del presente atto;
14. che il livello massimo di finanziamento di cui alla presente determinazione può, in ogni caso, subire delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione e/o contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;
15. che qualsiasi provvedimento di sospensione/revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca 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/revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
16. che le ASL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compresa la soprarichiamata verifica del possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura, la verifica della qualità delle prestazioni erogate e la coerenza tra le

prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate, la coerenza della produzione erogata con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta (60) giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi (120).

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e notificato alle Aziende sanitarie tramite PEC.

MASSIMO ANNICCHIARICO

Copia