

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 22 novembre 2019, n. U00474

Riorganizzazione delle strutture private monospecialistiche dotate di posti letto per acuti accreditati in numero inferiore a 30 e, se polispecialistiche a 60 posti letto – anche ai sensi del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute relativo a "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", All. 1 - Punto 2.5.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

OGGETTO: Riorganizzazione delle strutture private monospecialistiche dotate di posti letto per acuti accreditati in numero inferiore a 30 e, se polispecialistiche a 60 posti letto – anche ai sensi del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute relativo a “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, All. 1 - Punto 2.5.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 concernente: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 recante “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00052 del 22 febbraio 2017 concernente “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”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00257/2017 “Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: “Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTO il DCA n. U00291/2017 “Integrazione DCA n. U00257/2017 “Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: “Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTO il DCA n. U00377/2016 relativo a “Approvazione del documento “Programmazione dei posti letto di post-acuzie riabilitativa per adulti e stima del fabbisogno di posti letto di post-acuzie medica”. Integrazione del DCA n. U00159/2016 “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

VISTO il DCA n. U00303/2019 “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”, nel quale si è dato atto che *“la Regione Lazio, con i DCA 412/2014 e DCA 257/2017, ha intrapreso il percorso di riprogrammazione dell’offerta ospedaliera, in base alle indicazioni del Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” in merito alla dotazione complessiva di posti letto entro la soglia del 3,7 pl x 1.000 - di cui lo 0,7 di post-acuzie-, il dimensionamento e la collocazione delle discipline ad “alta, media e bassa diffusione”, e alle funzioni delle singole strutture ospedaliere all’interno della rete dell’emergenza e delle reti tempo dipendenti. L’obiettivo attuale è di riorganizzare la rete ospedaliera proseguendo il percorso di adeguamento dell’offerta ospedaliera agli standard previsti nel DM 70/2015 prevedendo soluzioni per il superamento di specifiche criticità dell’assetto attuale, quali una disomogenea distribuzione territoriale dei posti letto, il numero elevato di posti letto inattivi, il sovrappollamento nei PS/DEA, e la presenza di numero elevato di Case di Cura (CdC) di piccole dimensioni. Riguardo a quest’ultimo punto vanno considerati i criteri di affinità e complementarietà delle discipline per la distinzione tra case di cura polispecialistiche o monospecialistiche così come previsto dal punto 2.5 del DM 70/2015. La Regione Lazio ha avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l’applicazione del DM 70/2015 – All. I – paragrafo 2.5 – Definizione discipline/attività affini e complementari, nel quale vengono definite le discipline affini e complementari. A seguito delle osservazioni delle Organizzazioni di Categoria si procederà con la promulgazione del Decreto Commissariale di recepimento della proposta e della conseguente di riclassificazione delle Case di Cura Accreditate e conseguentemente verranno avviate le misure per l’adeguamento agli standard previsti”, prevedendo tra le linee di intervento, tra l’altro, “f) Interventi di riconversione/agggregazione o decontrattualizzazione dei posti letto sulle case di cura private accreditate monospecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 30”;*

VISTO il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute relativo a “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’art. 15, co.13, let.c), del d.l. 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla l. 7 agosto 2012, n.135, che richiama l’art. 1, co.169 della l. 30 dicembre 2004, n.311”;

CONSIDERATO che, il succitato Regolamento al punto 2.5 dell’All. 1, al fine di realizzare l’efficientamento della rete ospedaliera, stabilisce che: *“a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di cui all’ultimo periodo del presente punto. Al fine di realizzare l’efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all’interno della stessa regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell’accreditamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 in modo da consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell’accreditamento, la soglia dei p.l. complessivi non può essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare*

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018*)

l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accreditato deve possedere una dotazione di p.l. autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo.”;

CONSIDERATO che il suddetto D.M. 70/2015 prevede che: *“con specifica Intesa in Conferenza Stato - Regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all’assistenza sanitaria ospedaliera per acuti”;*

CONSIDERATO che

l’obiettivo attuale è di riorganizzare la rete ospedaliera proseguendo il percorso di adeguamento dell’offerta, prevedendo soluzioni per il superamento di specifiche criticità dell’assetto attuale, quali una disomogenea distribuzione territoriale dei posti letto, il numero elevato di posti letto inattivi, il sovraffollamento nei PS/DEA, e la presenza di numero elevato di Case di Cura (CdC) di piccole dimensioni, il cui ruolo e la cui partecipazione alla rete devono essere rivalutati e rivalorizzati e, per l’effetto, le stesse strutture riconvertite;

a tale scopo sono state preventivamente determinate le discipline affini e le attività affini/complementari;

a distanza di quattro anni dall’emanazione del D.M. 70/2015, non è ancora disponibile un documento nazionale che individui gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché definisca le attività affini e complementari relative all’assistenza sanitaria ospedaliera per acuti;

in numerosi verbali del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza è stata osservata la necessità di una riorganizzazione della rete dell’offerta privata accreditata che tenesse conto di quanto previsto dal paragrafo 2.5 del D.M. 70/2015;

VISTI

il DCA n. U00306 del 26 luglio 2019 con il quale si è provveduto nel senso di cui sopra, ad individuare le discipline affini e complementari;

il DCA n. U00409 del 7 ottobre 2019 con il quale si è provveduto ad integrare l’All. del DCA n. U00306/2019, con l’inserimento della disciplina di urologia, quale disciplina affine a quella di malattie urogenitali, ai sensi e per gli effetti di cui al DM 30 gennaio 1998 e s.m.i.;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

CONSIDERATO che il DCA n. U00306/2019 dà mandato al Direttore della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria di definire, con proprio provvedimento, in conseguenza e attuazione del Decreto stesso:

- le soglie di sottoscrivibilità del contratto in rapporto alla dotazione dei posti letto per acuti (60 posti letto per le strutture polispecialistiche e 30 posti letto per le strutture monospecialistiche);
- la classificazione delle strutture presenti nella Regione Lazio, in rapporto alle soglie sopra determinate ed alle discipline presenti;
- l'eventuale percorso di riconversione/agggregazione/fusione delle strutture con una dotazione di posti letto per acuti al di sotto delle soglie di sottoscrivibilità;

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica prot. n. 622021 del 26/07/2019 relativa all'Avvio dei procedimenti amministrativi ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i., rispettivamente, di definizione delle soglie di sottoscrivibilità dei contratti, di conseguente classificazione delle strutture con meno di 30/60 posti letto e di determinazione dell'iter di riconversione delle strutture sotto soglia;

CONSIDERATO che, come previsto nella nota suindicata, per le strutture ospedaliere private accreditate monospecialistiche che svolgono attività in un'unica disciplina principale, ovvero in discipline affini e/o complementari a quella principale, la soglia per la contrattualizzazione è pari a n. 30 posti letto per acuti, numero minimo di letti autorizzabili sulla scorta della disciplina regionale vigente (DCA 8/2011);

CONSIDERATO che, per il calcolo dei posti letto per acuti utili al raggiungimento delle soglie di sottoscrivibilità dei contratti, sono considerati i posti letto in regime di ricovero ordinario, i posti letto di Day Hospital, quelli di Day Surgery nella disciplina principale, nella/e disciplina/e affine/i e/o complementare/i per le quali sono accreditati i posti letto ordinari, mentre non sono considerati quelli afferenti alle discipline di riabilitazione, di lungodegenza e cure palliative;

CONSIDERATO che, per le strutture ospedaliere private accreditate polispecialistiche, la soglia per la contrattualizzazione è pari a n.60 posti letto per acuti;

CONSIDERATO che per le strutture in cui la disciplina principale sia rappresentata da riabilitazione e/o lungodegenza, con una dotazione anche di posti letto per acuti in una disciplina principale ovvero in disciplina/e affine/i, la soglia di posti letto per acuti è definita a n.30 p.l., in presenza di almeno 50 posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza, con una soglia di contrattualizzazione complessiva minima pari a 80 posti letto. Tale soglia si applica nel caso in cui la riabilitazione e/o la lungodegenza siano classificate come discipline complementari alla disciplina principale per acuti presente nella struttura;

CONSIDERATO che, sulla base dei criteri sopra esposti, le strutture possono essere classificate in:

TIPOLOGIA A: monospecialistica con numero di posti letto per acuti maggiore o uguale a n. 30. Tali strutture possono continuare a stipulare contratti con l'amministrazione regionale e ad operare in base agli indirizzi della programmazione.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018*)

TIPOLOGIA B: monospecialistica con numero di posti letto inferiore a n. 30. Tali strutture non saranno contrattualizzate a far data dal 1° gennaio 2020, con mantenimento dell'accREDITAMENTO, oppure potranno, dietro apposita istanza, essere assoggettate a processi di riconversione in strutture territoriali e/o ambulatoriali secondo modalità da definire d'intesa con la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, entro il 31/12/2019, oppure a rimodulazione o fusione con altra/e struttura/e sanitarie regionali, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accREDITAMENTO e della contrattualizzazione e con collocazione di tutti i posti letto presso uno o due/più stabilimenti, ovvero ad aggregazioni differenziali, anche pro quota, che rispettino i seguenti parametri dimensionali: almeno n. 30 posti letto per acuti se lo stabilimento è unico e la struttura rientra nella definizione di monospecialistica, ovvero - se la struttura rientra nella definizione di polispecialistica - n. 60 posti letto se lo stabilimento è unico e n. 80 posti letto (o multipli di 40) in caso di due (o più) stabilimenti, con soglia minima di n. 40 posti letto per il singolo stabilimento.

TIPOLOGIA C: polispecialistica con numero di posti letto per acuti inferiore a n. 60. Tali strutture non saranno contrattualizzate a far data dal 1° gennaio 2020, con mantenimento dell'accREDITAMENTO, oppure potranno, dietro apposita istanza, essere assoggettate a processi di riconversione in strutture territoriali e/o ambulatoriali secondo modalità da definire d'intesa con la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, entro il 31/12/2019, oppure a rimodulazione o fusione con altra/e struttura/e sanitarie regionali, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accREDITAMENTO e della contrattualizzazione e con collocazione di tutti i posti letto presso uno o due/più stabilimenti, ovvero ad aggregazioni differenziali, anche pro quota che rispettino i seguenti parametri dimensionali: almeno n. 30 posti letto per acuti se lo stabilimento è unico e la struttura rientra nella definizione di monospecialistica, ovvero - se la struttura rientra nella definizione di polispecialistica - n. 60 posti letto se lo stabilimento è unico e n. 80 posti letto (o multipli di 40) in caso di due (o più) stabilimenti, con soglia minima di n. 40 posti letto per il singolo stabilimento.

TIPOLOGIA D: struttura di riabilitazione e/o lungodegenza dotata di un numero di posti letto per acuti maggiore od uguale a 30, con un numero di posti letto complessivi superiore o pari a n. 80 (di cui 50 dedicati alla riabilitazione/lungodegenza). Tali possono continuare a stipulare contratti con l'amministrazione regionale e ad operare in base agli indirizzi della programmazione.

TIPOLOGIA E: struttura di riabilitazione e/o lungodegenza dotata di un numero di posti letto per acuti minore di 30. Tali strutture non saranno contrattualizzate, limitatamente all'attività per acuti, a far data dal 1° gennaio 2020, con mantenimento dell'accREDITAMENTO, oppure potranno, dietro apposita istanza, essere assoggettate a processi di riconversione dei posti letto di riabilitazione/lungodegenza in posti letto per acuti oppure a processi di riconversione delle attività per acuti in attività territoriali e/o ambulatoriali secondo modalità da definire d'intesa con la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, entro il 31/12/2019, oppure a rimodulazione o fusione con altra/e struttura/e sanitarie regionali, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accREDITAMENTO e della contrattualizzazione dei letti per acuti e con collocazione di tutti i posti letto per acuti presso uno o due/più stabilimenti, ovvero ad aggregazioni differenziali, anche pro quota, che rispettino i seguenti parametri dimensionali:

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018*)

almeno n. 30 posti letto per acuti se lo stabilimento è unico e la struttura rientra nella definizione di monospecialistica, ovvero - se la struttura rientra nella definizione di polispecialistica - n. 60 posti letto se lo stabilimento è unico e n. 80 posti letto (o multipli di 40) in caso di due (o più) stabilimenti, con soglia minima di n. 40 posti letto per acuti per il singolo stabilimento;

CONSIDERATO che, qualora la struttura con un numero di posti letto per acuti <60 risultasse polispecialistica esclusivamente per la presenza di Day Surgery e/o Day Hospital multidisciplinare (in presenza, quindi, di posti letto di ricovero ordinario in una sola disciplina per acuti), su istanza della stessa, potrà essere avviata la riconversione dei posti letto diurni polispecialistici in Day Hospital e/o Day Surgery monospecialistico;

CONSIDERATO che, sulla base dei criteri di cui in premessa, le strutture regionali interessate alla riconversione/rimodulazione/agggregazione/fusione sono state classificate con le tipologie B, C ed E, secondo quanto riportato nella tabella seguente:

Tabella Elenco e Classificazione C.d.C. accreditate <60 PL per acuti

| Strutture per acuti | | |
|----------------------------|---|------------------|
| Strutture | Definizione struttura in base ai criteri definiti | Tipologia |
| I43 Concordia Hospital | monospecialistica < 30 PL | B |
| 014 Nuova Santa Teresa | monospecialistica < 30 PL | B |
| 012 Salus | monospecialistica < 30 PL | B |
| 236 Santa Teresa | polispecialistica < 60 PL Per tale struttura è stato avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l'allineamento della configurazione dei posti letto a quanto previsto dal DCA 257/2017; alla conclusione del suddetto procedimento amministrativo la struttura sarà riclassificata in monospecialistica < 30 PL – Tipologia B | C |
| I40 Siligato | monospecialistica < 30 PL | B |
| 291 Villa Gioia | polispecialistica < 60 PL Per tale struttura è stato avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l'allineamento della configurazione dei posti letto a quanto previsto dal DCA 257/2017, con conseguente riclassificazione della struttura in monospecialistica < 30 PL – Tipologia B. Il procedimento di riconversione è stato sospeso dal TAR Lazio con N. 01476/2019 REG.PROV.CAU. - N. 01388/2019 REG.RIC. Attualmente, pertanto, la struttura si configura come polispecialistica < 60 PL – Tipologia C | C |
| 235 Villa Serena | monospecialistica < 30 PL | B |
| 083 Villa Valeria | monospecialistica < 30 PL | B |
| 213 San Marco | polispecialistica <60 PL | C |

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

| | | |
|---|--|----------|
| 913 Fondazione Bietti IRCCS* | monospecialistica < 30 PL, percorso da definire in raccordo con il Ministero della Salute trattandosi di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico | B |
| Strutture per acuti e post acuti | | |
| 089 Neurological Center of Latium | monospecialistica acuti (con pl riabilitazione) <30 PL acuti | B |
| 104 Villa Fulvia | Riabilitazione <30 PL acuti | E |
| 280 San Raffaele Montecompatri | Riabilitazione <30 PL acuti | E |

RITENUTO opportuno, disciplinare il percorso di riconversione come segue:

- di prevedere che le strutture interessate, sopra classificate secondo la tipologia B, C, E, possono formulare proposta di riconversione alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, esclusivamente attraverso l'All. 2, entro il 30° giorno successivo a quello di conoscenza del presente provvedimento, a mezzo pec (salute@regione.lazio.legalmail.it), illustrando la configurazione precedente e quella definitiva di ciascuna struttura coinvolta, per effetto di operazioni di riconversione/aggregazione/fusione che intendono mettere in atto;
- di recepire i seguenti allegati, parti integranti del presente atto:
 - Criteri generali a fondamento delle intese di riconversione e modalità operative (All. 1);
 - il modello di "Proposta di Riconversione" (All. 2);
 - lo schema di "Intesa di Riconversione" (All. 3);
- di precisare che la definitività degli allegati è demandata ad apposita determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, all'esito della valutazione delle osservazioni che i portatori di interesse possono formulare nel termine di 7 giorni dalla conoscenza del provvedimento, in ragione dell'approssimarsi del 31 dicembre 2019, termine di scadenza del contratto annuale fissato dal DCA 151/2019 e dal DCA 243/2019, inoltrando le stesse all'indirizzo pec: affarilegalisalute@regione.lazio.legalmail.it;
- di dare mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, in particolare all'Area Autorizzazione e Accreditamento, in raccordo con l'Area Remunerazione, Budget e Contratti e con le Aree della Programmazione Ospedaliera e Territoriale in modalità sincrona, di valutare le proposte e provvedere all'eventuale recepimento delle singole intese, compiendo tutti gli atti necessari per l'attuazione dell'eventuale percorso di riconversione, anche mediante rimodulazione, aggregazione/fusione delle strutture con una dotazione di posti letto per acuti al di sotto delle soglie di sottoscrivibilità secondo le modalità e i termini di cui all'All. 1.

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

1. di avviare il processo di riorganizzazione delle strutture private monospecialistiche dotate di posti letto per acuti accreditati in numero inferiore a 30 e polispecialistiche, se dotate di posti letto in numero inferiore a 60, anche, tramite riconversione, rimodulazione, aggregazione o fusione, così come previsto anche dal Decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute relativo a "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", All. 1 - Punto 2.5. - in coerenza con i fabbisogni assistenziali regionali e secondo i criteri sopraesposti che individuano le seguenti tipologie:

- TIPOLOGIA A: monospecialistica con numero di posti letto per acuti maggiore o uguale a n. 30. Tali strutture possono continuare a stipulare contratti con l'amministrazione regionale e ad operare in base agli indirizzi della programmazione.
- TIPOLOGIA B: monospecialistica con numero di posti letto inferiore a n. 30. Tali strutture non saranno contrattualizzate a far data dal 1° gennaio 2020, con mantenimento dell'accreditamento, oppure potranno, dietro apposita istanza, essere assoggettate a processi di riconversione in strutture territoriali e/o ambulatoriali secondo modalità da definire d'intesa con la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, entro il 31/12/2019, oppure a rimodulazione o fusione con altra/e struttura/e sanitarie regionali, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento e della contrattualizzazione e con collocazione di tutti i posti letto presso uno o due/più stabilimenti, ovvero ad aggregazioni differenziali, anche pro quota, che rispettino i seguenti parametri dimensionali: almeno n. 30 posti letto per acuti se lo stabilimento è unico e la struttura rientra nella definizione di monospecialistica, ovvero - se la struttura rientra nella definizione di polispecialistica - n. 60 posti letto se lo stabilimento è unico e n. 80 posti letto (o multipli di 40) in caso di due (o più) stabilimenti, con soglia minima di n. 40 posti letto per il singolo stabilimento.
- TIPOLOGIA C: polispecialistica con numero di posti letto per acuti inferiore a n. 60. Tali strutture non saranno contrattualizzate a far data dal 1° gennaio 2020, con mantenimento dell'accreditamento, oppure potranno, dietro apposita istanza, essere assoggettate a processi di riconversione in strutture territoriali e/o ambulatoriali secondo modalità da definire d'intesa con la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, entro il 31/12/2019, oppure a rimodulazione o fusione con altra/e struttura/e sanitarie regionali, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento e della contrattualizzazione e con collocazione di tutti i posti letto presso uno o due/più stabilimenti, ovvero ad aggregazioni differenziali, anche pro quota che rispettino i seguenti parametri dimensionali: almeno n. 30 posti letto per acuti se lo stabilimento è unico e la struttura rientra nella definizione di monospecialistica, ovvero - se la struttura rientra nella definizione di polispecialistica - n. 60 posti letto se lo stabilimento è unico e n. 80 posti letto (o multipli di 40) in caso di due (o più) stabilimenti, con soglia minima di n. 40 posti letto per il singolo stabilimento.
- TIPOLOGIA D: struttura di riabilitazione e/o lungodegenza dotata di un numero di posti letto per acuti maggiore od uguale a 30, con un numero di posti letto complessivi superiore o pari a n. 80 (di cui 50 dedicati alla riabilitazione/lungodegenza). Tali possono continuare a

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018*)

stipulare contratti con l'amministrazione regionale e ad operare in base agli indirizzi della programmazione.

- **TIPOLOGIA E:** struttura di riabilitazione e/o lungodegenza dotata di un numero di posti letto per acuti minore di 30. Tali strutture non saranno contrattualizzate, limitatamente all'attività per acuti, a far data dal 1° gennaio 2020, con mantenimento dell'accreditamento, oppure potranno, dietro apposita istanza, essere assoggettate a processi di riconversione dei posti letto di riabilitazione/lungodegenza in posti letto per acuti oppure a processi di riconversione delle attività per acuti in attività territoriali e/o ambulatoriali secondo modalità da definire d'intesa con la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, entro il 31/12/2019, oppure a rimodulazione o fusione con altra/e struttura/e sanitarie regionali, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento e della contrattualizzazione dei letti per acuti e con collocazione di tutti i posti letto per acuti presso uno o due/più stabilimenti, ovvero ad aggregazioni differenziali, anche pro quota, che rispettino i seguenti parametri dimensionali: almeno n. 30 posti letto per acuti se lo stabilimento è unico e la struttura rientra nella definizione di monospecialistica, ovvero - se la struttura rientra nella definizione di polispecialistica - n. 60 posti letto se lo stabilimento è unico e n. 80 posti letto (o multipli di 40) in caso di due (o più) stabilimenti, con soglia minima di n. 40 posti letto per acuti per il singolo stabilimento;

2. di classificare, per effetto delle soglie e delle discipline determinate ai sensi del precedente punto, le strutture presenti nella Regione Lazio secondo quanto riportato nella seguente tabella:

Tabella Elenco e Classificazione C.d.C. accreditate <60 PL per acuti

| Strutture per acuti | | |
|----------------------------|---|------------------|
| Strutture | Definizione struttura in base ai criteri definiti | Tipologia |
| 143 Concordia Hospital | monospecialistica < 30 PL | B |
| 014 Nuova Santa Teresa | monospecialistica < 30 PL | B |
| 012 Salus | monospecialistica < 30 PL | B |
| 236 Santa Teresa | polispecialistica < 60 PL Per tale struttura è stato avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l'allineamento della configurazione dei posti letto a quanto previsto dal DCA 257/2017; alla conclusione del suddetto procedimento amministrativo la struttura sarà riclassificata in monospecialistica < 30 PL – Tipologia B | C |
| 140 Siligato | monospecialistica < 30 PL | B |
| 291 Villa Gioia | polispecialistica < 60 PL Per tale struttura è stato avviato il procedimento amministrativo ex art. 7 Legge n. 241/1990 s.m.i. per l'allineamento della configurazione dei posti letto a quanto previsto dal DCA 257/2017, con conseguente riclassificazione della struttura in monospecialistica < 30 PL – Tipologia B. Il procedimento di | C |

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

| | | |
|---|--|----------|
| | riconversione è stato sospeso dal TAR Lazio con N. 01476/2019 REG.PROV.CAU. - N. 01388/2019 REG.RIC. Attualmente, pertanto, la struttura si configura come polispecialistica < 60 PL – Tipologia C | |
| 235 Villa Serena | monospecialistica < 30 PL | B |
| 083 Villa Valeria | monospecialistica < 30 PL | B |
| 213 San Marco | polispecialistica <60 PL | C |
| 913 Fondazione Bietti IRCCS* | monospecialistica < 30 PL, percorso da definire in raccordo con il Ministero della Salute trattandosi di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico | B |
| Strutture per acuti e post acuti | | |
| 089 Neurological Center of Latium | monospecialistica acuti (con pl riabilitazione) <30 PL acuti | B |
| 104 Villa Fulvia | Riabilitazione <30 PL acuti | E |
| 280 San Raffaele Montecompatri | Riabilitazione <30 PL acuti | E |

3. di prevedere che le strutture interessate, sopra classificate secondo la tipologia B, C, E, possono formulare proposta di riconversione alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria esclusivamente attraverso l'All. 2, entro il 30° giorno successivo a quello di conoscenza del presente provvedimento, a mezzo pec (salute@regione.lazio.legalmail.it), illustrando la configurazione precedente e quella definitiva di ciascuna struttura coinvolta, per effetto di operazioni di riconversione/ rimodulazione/aggregazione/fusione che intendono mettere in atto;

4. di recepire i seguenti allegati, parti integranti del presente atto:

- Criteri generali a fondamento delle intese di riconversione e modalità operative (All. 1);
- il modello di “Proposta di Riconversione” (All. 2);
- lo schema di “Intesa di riconversione” (All. 3);

5. che la definitività degli allegati è demandata ad apposita determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, all'esito della valutazione delle osservazioni che i portatori di interesse possono formulare nel termine di 7 giorni dalla conoscenza del provvedimento, in ragione dell'approssimarsi del 31 dicembre 2019, termine di scadenza del contratto annuale fissato dal DCA 151/2019 e dal DCA 243/2019, inoltrando le stesse all'indirizzo pec: affarilegalisalute@regione.lazio.legalmail.it;

6. di dare mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, in particolare all'Area Autorizzazione e Accreditamento, in raccordo con l'Area Remunerazione, Budget e Contratti e con le Aree della Programmazione Ospedaliera e Territoriale in modalità sincrona, di valutare le proposte e provvedere all'eventuale recepimento delle singole intese, compiendo tutti gli atti necessari per l'attuazione dell'eventuale percorso di riconversione, anche mediante rimodulazione, aggregazione/fusione delle strutture con una dotazione di posti letto per acuti al di sotto delle soglie di sottoscrivibilità secondo le modalità e i termini di cui all'All. 1.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. La pubblicazione ha valore di notifica a tutti gli effetti per tutti i soggetti interessati.

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

Nicola Zingaretti

Criteria generali a fondamento delle intese di riconversione e modalità operative

La proposta: modalità e termini di presentazione

- deve essere formulata entro 30 giorni dalla data di conoscenza del DCA, esclusivamente a mezzo del modello di proposta (Allegato 2);
- può riguardare anche l'eventuale riconfigurazione relativa a strutture dislocate in siti diversi della Regione Lazio (cfr. DM70/2015).

La Regione entro i 30 giorni successivi alla presentazione valuta ammissibilità e merito della proposta e comunica alla struttura:

1. l'accogliibilità della stessa e la convocazione all'incontro per la formalizzazione dell'intesa;
2. la non accogliibilità, adottando i provvedimenti conseguenti di competenza;
3. l'accogliibilità parziale, formula le osservazioni in ordine alla stessa e rappresenta le condizioni e i termini per l'adesione alla proposta rielaborata dalla Regione, pena l'inaccogliibilità definitiva, adottando i provvedimenti di competenza.

L'intesa fissa modalità e tempistiche intermedie e finali ai fini del riassetto complessivo.

Solo all'esito della sottoscrizione dell'intesa tra la Regione Lazio ed il legale rappresentante/procuratore speciale delle strutture interessate, i soggetti giuridici interessati procedono con i vari accordi di aggregazione/fusione, allo scopo di dare attuazione all'intesa, secondo la tempistica convenuta.

Il controllo e le verifiche saranno svolte a cura delle Aziende Sanitarie Locali, anche sotto forma di collaborazione a seguito dell'attivazione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante.

La valutazione della proposta

Il tavolo inter direzionale, funzionale alla valutazione della proposta di riconversione, include la partecipazione, delle seguenti Aree della Direzione:

1. Area Rete Ospedaliera e Specialistica;
3. Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli;
4. Area Remunerazione, Budget e Contratti;
5. Area Rete Integrata del Territorio.

Le Aree, ciascuna per quanto di competenza, sono chiamate a valutare la presentazione della proposta di riconversione ai fini della sua ammissibilità ed il merito della stessa.

Gli aspetti che verranno presi in considerazione e valutati sono i seguenti:

Relativamente a ciascuna struttura interessata dalla riconversione/aggregazione/fusione:

1. Collocazione territoriale e idoneità a soddisfare il bisogno di assistenza di ciascuna struttura coinvolta dall'intesa;

2. Configurazione in autorizzazione e accreditamento (anche in termini di capacità autorizzativa e configurazione);
3. Produzione storica in rapporto al singolo budget assegnato;
4. Valutazione della performance di ogni struttura, per ciascuna disciplina, in rapporto ai dati di attività disponibili.

Relativamente alla riconfigurazione complessivamente proposta:

5. Valutazione della proposta di riconversione (riorganizzazione/agggregazione/fusione), tenendo conto di:
 - a) Impatto sul sistema di offerta in termini di assistenza in rapporto all' idoneità a soddisfare il fabbisogno disponibile dagli atti di programmazione vigenti;
 - b) Configurazione finale per effetto della riconversione di ciascuna struttura rispettosa delle soglie di contrattualità di 30 o 60 posti letto per acuti, rispettivamente se monospécialistica o polispecialistica, ai sensi del Decreto di cui l'allegato è parte integrante, con conseguente riduzione delle strutture sotto i limiti dimensionali previsti;
 - c) Disponibilità all'attivazione delle attività territoriali individuate dai provvedimenti che dispongono in ordine al fabbisogno di offerta assistenziale;
 - d) Sostenibilità economico-finanziaria complessiva del riassetto proposto, relativamente a ciascuna struttura, senza aumento di spesa complessiva, con tendenziale equivalenza economica tra la configurazione precedente e quella del nuovo assetto;
 - e) Razionalità dell'offerta proposta;
 - f) Salvaguardia dell'occupazione in termini di risorse umane impiegate.

Relativamente alla proposta:

1. Vocazione della struttura in rapporto alla sua idoneità all'assistenza;
2. Valutazione della fattibilità della riconversione in termini di requisiti (assicurata dal soggetto proponente che si assume la responsabilità in ordine alla perseguibilità della riconversione, pena la "restituzione" sia dei posti letto programmati che del relativo budget assegnato, alla Regione);
3. Stima dei tempi di attuazione.

| |
|--------------------------|
| PROPOSTA DI RICOVERSIONE |
|--------------------------|

Il **SOGGETTO GIURIDICO** _____, in persona di _____ nella sua qualità di legale rappresentante;

in proprio ovvero in qualità di procuratore speciale dei seguenti soggetti giuridici, gestori delle strutture di seguito indicate:

1. _____ gestore di _____

2. _____ gestore di _____

3. _____ gestore di _____

a ciò espressamente delegato, in forza di delega, rilasciata su carta intestata alla presente unita al documento di riconoscimento del delegante in corso di validità, conformemente alle modalità previste nello schema di intesa, allegato 3 al DCA, e preso atto del contenuto del DCA e dei suoi allegati,

FORMULA la presente proposta di riconversione che coinvolge:

1. STRUTTURA A) [tipologia B, C, E,] (es. acuti sotto i 30 letti)

| CONFIGURAZIONE IN AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO VIGENTE | CONFIGURAZIONE IN AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PER EFFETTO DELLA RICONVERSIONE |
|--|---|
| Posti letto/attività | Posti letto/attività |
| BUDGET ASSEGNATO NEL 2019 | BUDGET DERIVANTE DALLA RICONFIGURAZIONE |
| Importo parametrato alle tipologie assistenziali/posti letto | Importo parametrato alle tipologie assistenziali/posti letto |

(eventuale) ed anche le seguenti strutture (es.)

2. STRUTTURA B) [tipologia B, C, E,]

| CONFIGURAZIONE IN AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO VIGENTE | CONFIGURAZIONE IN AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PER EFFETTO DELLA RICONVERSIONE |
|--|---|
| Posti letto/attività | Posti letto/attività |
| BUDGET ASSEGNATO NEL 2019 | BUDGET DERIVANTE DALLA RICONFIGURAZIONE |
| Importo parametrato alle tipologie assistenziali/posti letto | Importo parametrato alle tipologie assistenziali/posti letto |

VISTO e accettato il contenuto del decreto (e i suoi allegati), n. _____;

VISTO e accettato il contenuto dell'Allegato 1, al citato decreto, relativo ai criteri e alle modalità operative per il perfezionamento delle intese di riconversione e dell'Allegato 3 al citato decreto, che regola il contenuto dell'intesa di riconversione.

La parte dichiara di essere consapevole che la presente proposta di riconversione, la cui accettazione è condizionata alla valutazione della Regione Lazio, secondo i criteri e le modalità di cui all'Allegato 1, è condizionata, altresì, alla rinuncia espressa al/ai ricorso/i promosso/i da ciascuna delle strutture coinvolte avverso gli atti presupposti o collegati all'intesa (a titolo esemplificativo DCA 151/2019, DCA 243/2019, DCA 306/2019, DCA 409/2019) e iscritto/i al R.G. n. _____; la rinuncia dovrà confluire nell'intesa recepita da Decreto del Commissario ad Acta, previa espressa previsione nell'intesa e nella procura speciale, da allegare all'intesa medesima, in caso di intervento di procuratore speciale in luogo del rappresentante legale della struttura ricorrente.

(es.) Per la struttura _____ si formula espressa rinuncia ai seguenti contenziosi promossi vs. Regione Lazio/ASL _____ all'esito dell'accogliibilità della stessa nell'intesa di riconversione.

R.G. _____;

R.G. _____;

La proposta verrà sottoposta alla valutazione delle Aree competenti della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, sicché, ove accettata, costituirà espressione della valutazione di compatibilità delle attività assistenziali risultanti per effetto della nuova configurazione, col fabbisogno di assistenza già esistente alla data della presente intesa e predeterminato dalla Regione.

È prevista la seguente tempistica, ai fini dell'attuazione della riconversione, restando in capo a ciascuna struttura proponente della presente proposta, che interviene alla presente intesa anche a mezzo di procuratore speciale, la responsabilità ed i conseguenti effetti negativi del mancato possesso dei requisiti, che avranno come effetto l'acquisizione dei posti letto nella disponibilità regionale e con essi del budget a questi relativo): _____

Il processo di riconversione e l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi ed agli ulteriori requisiti di accreditamento previsti dalla normativa regionale vigente, si concluderà comunque entro il _____ per le attività di riconversione riferite a tipologie assistenziali diverse da quelle preesistenti alla riconversione stessa, fatte salve specifiche diverse disposizioni regionali; negli stessi termini l'accreditamento per la nuova configurazione.

Nelle more del raggiungimento di siffatta configurazione, si chiede di parametrare il budget come segue:

1. Struttura _____;

2. Struttura _____;

Resta inteso che diverse modalità, procedura e tempistica del percorso di autorizzazione e accreditamento istituzionale per la nuova configurazione potranno essere individuate dalla Regione, previa comunicazione alla struttura e confluire nel decreto di recepimento dell'intesa.

La/e struttura/e è/sono consapevole/i che i volumi economici di prestazioni riferiti alle nuove tipologie assistenziali, come riportati nel prospetto definitivo che verrà allegato all'intesa, costituiscono tetti di

spesa vincolanti per il _____, indipendentemente da eventuali variazioni tariffarie e dal numero dei posti letto riconosciuti con la presente intesa; restando salva ogni diversa valutazione in esito all'applicazione dei criteri di cui al DCA 151/2019 e s.m.i..

La presente proposta verrà valutata dalla Regione e, ove ammissibile e meritevole di accoglimento, dovrà essere sintetizzata in un prospetto, da allegare quale parte integrante e sostanziale all'intesa medesima, che avrà validità a decorrere dalla data di ratifica con specifico decreto commissariale e che individua la configurazione precedente della/e struttura/e e quella conseguente alla conclusione del processo di riconversione, come pure il budget assegnato in esito al completamento del percorso.

Per le strutture interessate sono individuati nei termini seguenti tempi e modalità di attuazione della riconversione/aggregazione/fusione:

1. Struttura _____ nuova configurazione _____ tempi di attuazione;
2. Struttura _____ nuova configurazione _____ tempi di attuazione.

Lì, _____

Firma

| |
|------------------------|
| INTESA DI RICOVERSIONE |
|------------------------|

Tra **LA REGIONE LAZIO**, DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, rappresentata dal Dott. _____ e delle aree interessate:

1. Area Rete Ospedaliera e Specialistica, dott. _____
3. Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli, dott. _____
4. Area Remunerazione, Budget e Contratti, dott. _____
5. Area Rete Integrata del Territorio, dott. _____

l'**AZIENDA SANITARIA LOCALE** _____ in persona del Direttore Generale, dott. _____;

e

il **SOGGETTO GIURIDICO** _____, in persona di _____ il quale interviene al presente accordo in qualità di legale rappresentante, ovvero non in proprio, ma in qualità di procuratore speciale dei seguenti soggetti giuridici gestori delle strutture di seguito indicate:

1. _____ gestore di _____
2. _____ gestore di _____
3. _____ gestore di _____

in forza di procura speciale ai rogiti del Dott. _____ Notaio in Roma _____ con atto del _____ rep. N. _____, allegata sotto la lettera "A" al presente accordo per farne parte integrante e sostanziale.

Il giorno _____ presso la Regione Lazio, nella sede di Via Cristoforo Colombo n. 212 – palazzina B – piano IX, si è tenuto l'incontro tra i componenti come sopra identificati allo scopo di definire l'intesa per la riconversione delle strutture interessate.

Preliminarmente le parti danno atto:

che all'art. 15, comma 13, lettera c) del DL 95/2012, convertito dalla Legge 135/2012, è stato previsto che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;

che il Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014 all'art. 3 ha previsto l'adozione del regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, previa intesa con la Conferenza Stato Regioni, in attuazione dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazione, dalla legge 7

agosto 20, art. 1. Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

che il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 relativo al Regolamento che ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e ha dato indicazioni alle regioni di provvedere, entro i successivi tre mesi dalla sua entrata in vigore, all'adozione di un provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post- acuzie nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard ivi previsti, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 (oggi sostituiti dal DPCM 12 gennaio 2017);

che il citato Regolamento all'articolo 1 comma 5 ha previsto che il provvedimento regionale *“è adottato in modo da: a) procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, ai fini dell'accreditabilità e della sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali;”*

che l'allegato 1 al citato Decreto Ministeriale prevede al paragrafo 2 prevede:

al punto 2.5: *“Il provvedimento regionale generale di cui all'articolo 1, comma 2, del presente decreto, stabilisce che, fermo restando che l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente di cui ai punti 2.2, 2.3 e 2.4, e può prevedere, altresì, strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di cui all'ultimo periodo del presente punto. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all'interno della stessa regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 in modo da consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento, la soglia dei p.l. complessivi non può essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accreditato deve possedere una dotazione di p.l. autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non*

possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo. Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

Al punto 2.6 La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprensivi dei posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.

Al punto 2.7 I processi di riconversione al trattamento dei pazienti post-acuti delle strutture per acuti da disattivare ai sensi del punto 2.5, sono attuati nel rispetto dello standard fissato dal presente provvedimento per la lungodegenza e la riabilitazione.”

del Decreto del Commissario ad Acta n. U00377 del 17/11/20016 recante: “Approvazione del documento "Programmazione dell'offerta di posti letto di post-acuzie riabilitativa e medica". Integrazione del DCA n. U00159/2016 "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”;

del Decreto del Commissario ad Acta n. U00257/2017 "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/20 17. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

del DCA n. U00291 /2017 "Integrazione DCA n. U00257/2017 "Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U000 52/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 20 17-201 8, in conformità agli standard previsti nel DM 70/20 15”;

dell'accordo, ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che ha individuato gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti richiesti dall'intesa prevista dal comma 173 della citata Legge 311/2004, funzionale al contenimento dei costi, recepito con DGR 66 e 149/2007;

che in attuazione di quanto previsto dall'art. 4 del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute, sentito il Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie Locali, ha nominato con DPCM dell'11 luglio 2008 il Presidente della Regione p.t. quale Commissario ad Acta, con un mandato specifico, caratterizzato da una pluralità di interventi;

che all'articolo 2, comma 88 la citata legge 191/2009 è previsto che, per le regioni già sottoposte al piano di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della legge, restano fermi l'assetto della gestione

commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro secondo programmi operativi – che costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro - coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché con le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

del DCA n. 52 del 22 febbraio 2017, avente ad oggetto: “Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale” e s.m.i.;

del DCA n. 303 del 25 luglio 2019, recante: “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”;

che il citato piano di riqualificazione, al punto 17.1, ha previsto “la Ridefinizione dell’Offerta Assistenziale per acuti, post-acuzie e il riordino delle discipline in eccesso” in continuità con i DCA 214/2014 e 257/2017, con l’obiettivo di riorganizzare la rete ospedaliera proseguendo il percorso di adeguamento dell’offerta ospedaliera agli standard previsti nel DM 70/2015 e prevedendo soluzioni per il superamento di specifiche criticità, tra le quali, la presenza di numero elevato di Case di Cura (CdC) di piccole dimensioni;

che, ai fini del raggiungimento del predetto obiettivo, con il Decreto 306/2019, l’amministrazione ha provveduto a dettare i criteri di affinità e complementarietà delle discipline per la distinzione tra case di cura polispecialistiche o monospecialistiche, anche sulla scorta di quanto previsto dal punto 2.5 del DM 70/2015;

che con Decreto del Commissario ad Acta 409/2019 si è provveduto ad integrare l’allegato del DCA n. U00306/2019, con l’inserimento della disciplina di urologia, quale disciplina affine a quella di malattie urogenitali, ai sensi e per gli effetti di cui al DM 30 gennaio 1998 e s.m.i.;

che, con il provvedimento di cui il presente schema di accordo costituisce parte integrante e sostanziale, in esito ai criteri di affinità e complementarietà, la Regione ha individuato le soglie di sottoscrivibilità del contratto, in rapporto alla dotazione dei posti letto per acuti (60 posti letto per le strutture polispecialistiche e 30 posti letto per le strutture monospecialistiche) ed ha provveduto alla conseguente classificazione delle strutture presenti in Regione, tenuto conto delle soglie come sopra determinate e delle discipline presenti; ha, altresì, provveduto all’individuazione del percorso di riconversione/agggregazione/fusione delle strutture interessate, in quanto dotate di posti letto per acuti inferiore alle soglie di sottoscrivibilità;

che la Regione ha provveduto, in materia di assistenza territoriale, ad adottare i seguenti atti:

il Decreto del Commissario ad Acta n. U00187 del 31 maggio 2017, recante la disciplina del percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, in attuazione del DCA U00098/2016;

il Decreto del Commissario ad Acta n. U00467 del 07 novembre 2017 di programmazione dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio;

il Decreto del Commissario ad Acta n. U00016 del 18 gennaio 2018 che ha disciplinato il percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, modificando ed integrando il DCA n. U00187/2017;

il Decreto del Commissario ad Acta n. U00258 del 4 luglio 2019 Regione Lazio recante il Piano per il potenziamento delle reti territoriali;

che, in considerazione di quanto sopra premesso, è interesse prioritario della Regione procedere alla riconversione delle strutture che non raggiungono le soglie di contrattabilità (TIPOLOGIE B, C ed E limitatamente per gli acuti) dando attuazione a quanto previsto dal DM 70/2015, come integrato dalle specifiche disposizioni in ragione delle peculiarità delle strutture regionali;

che in alcuni incontri con le associazioni di categoria non è stato possibile formalizzare un'intesa su criteri di riconversione universalmente applicabili, in considerazione della pluralità di strutture interessate e dei diversi interessi coinvolti, come pure della geo-localizzazione delle stesse, sicché sarà opportuno procedere con intese singole o intese di gruppo, previa interlocuzione con un unico soggetto giuridico, anche a ciò espressamente delegato dalle pluralità di strutture;

che tali intese dovranno essere idonee a soddisfare le soglie di contrattabilità, nel rispetto di criteri uniformi, allegati al decreto (**Allegato 1**).

che, pertanto, è lasciata alla formulazione delle strutture interessate, come individuate dal decreto, la proposta di riconversione avente ad oggetto la singola struttura che non raggiunge soglie di sottoscrivibilità o ad una pluralità di esse;

che nella stessa dovrà essere riportata, secondo il modello allegato al decreto (**Allegato 2**), la struttura interessata, la configurazione attuale e quella finale, il budget assegnato nel 2019 e quello proposto, senza aumento della spesa pubblica complessiva, riproporzionato in ragione delle attività;

che nel caso di accordi di riorganizzazione/agggregazione/fusione, i soggetti interessati individuano un solo soggetto giuridico che interviene, quale delegato alla presentazione della proposta, a ciò autorizzato con delega espressa rilasciata su carta intestata dalla struttura unita a documento di identità del legale rappresentante, da depositare unitamente alla proposta; lo stesso soggetto, interviene alla sottoscrizione dell'accordo, se valutata ammissibile e accoglibile dalla Regione, a ciò espressamente autorizzato, quale procuratore speciale, giusta procura notarile all'uopo rilasciata da allegare in originale al presente accordo;

che la Regione non entra nel merito degli accordi economici tra le singole strutture, limitandosi a valutare la configurazione finale proposta, secondo i criteri predeterminati (cfr. allegato 1), la perseguibilità della stessa proposta in rapporto al fabbisogno e la compatibilità, anche e soprattutto in termini di possibilità di realizzazione e di sostenibilità economica;

dei Decreti del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 8/2011 e s.m.i. in materia di autorizzazione DCA 8/2011 e s.m.i. e DCA 469/2017, 282/2017 e 283/2017e s.m.i. in materia di accreditamento;

del Decreto del Commissario ad Acta n. U00139 del 02 maggio 2019 recante: "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";

del Decreto del Commissario ad Acta n. U00151 del 30 aprile 2019, recante: “Definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2019. Criteri di definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2020. Regole di remunerazione 2019-2021”;

del Decreto del Commissario ad acta n. U00355 del 07 agosto 2019, recante: “Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie, ad integrazione del livello di finanziamento assegnato con DCA 151/2019”;

che la Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha convocato per la data odierna il rappresentante legale della struttura interessata/il legale rappresentante del soggetto giuridico, il quale interviene in proprio e/o nella qualità di procuratore speciale dei soggetti sopra individuati, per la definizione della presente intesa;

dell'allegato prospetto che, parte integrante della presente intesa di riconfigurazione, individua la configurazione precedente della/e struttura/e coinvolta/e e quella finale, conseguita in esito alla conclusione del processo di riconversione, con il relativo tetto di spesa per ciascuna struttura.

Tanto premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale dell'accordo, si conviene tra le parti quanto segue:

- Con la sottoscrizione della presente intesa la/e struttura/e, come sopra rappresentata/e manifesta/no la volontà di riconvertirsi secondo la configurazione e alle condizioni previste nell'allegato A al presente accordo, parte integrante e sostanziale, redatto secondo lo schema di proposta allegato 1 al decreto;
- Con la sottoscrizione della presente intesa ciascuna struttura, in persona come sopra, rinuncia espressamente al ricorso promosso avverso il DCA 151/2019, il DCA 243/2019, il DCA 306/2019, il DCA 409/2019 ed il decreto di cui è parte integrante la presente intesa n. ____/2019 ed avverso ogni provvedimento menzionato nelle premesse del presente accordo (la rinuncia ai giudizi deve essere riportata nella procura speciale).

Per la struttura _____

R.G. _____;

R.G. _____;

La presente intesa di riconversione, come recepita da decreto del commissario ad acta, presuppone la valutazione delle Aree competenti della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, sicché costituisce espressione della valutazione di compatibilità delle attività assistenziali risultanti per effetto della nuova configurazione, col fabbisogno di assistenza già esistente alla data della presente intesa e predeterminato dalla Regione;

- Nell'allegato A, oltre alla configurazione e al tetto di spesa sono indicate modalità, procedura e tempistica del percorso di autorizzazione e accreditamento istituzionale per la nuova configurazione, restando in capo alla struttura proponente, che interviene alla presente intesa a mezzo di procuratore, la responsabilità ed i conseguenti effetti negativi del mancato possesso dei requisiti (acquisizione dei posti letto nella disponibilità regionale e con essi del budget a questi relativo) [aspetto da prendere espressamente nella procura speciale];

- Il processo di riconversione e l'adeguamento ai requisiti organizzativi e strutturali di cui al decreto commissariale n.8/2011 e s.m.i in materia di autorizzazione e DCA 469/2017- 282/2017 e 283/2017 di accreditamento e s.m.i dovrà comunque concludersi entro il _____ per le attività di riconversione riferite a tipologie assistenziali diverse da quelle preesistenti alla riconversione stessa, fatte salve specifiche diverse disposizioni regionali;
- I volumi economici di prestazioni riferiti alle nuove tipologie assistenziali, come riportati nel prospetto allegato, costituiscono tetti di spesa vincolanti (per il _____) indipendentemente da eventuali variazioni tariffarie e dal numero dei posti letto riconosciuti con la presente intesa; resta salva ogni diversa valutazione in esito all'applicazione dei criteri di cui al DCA 151/2019 e s.m.i..
- La presente intesa ha validità a decorrere dalla data di ratifica con specifico decreto commissariale.

Il prospetto allegato sotto la lettera "A", che individua la configurazione precedente della/e struttura/e e quella conseguente alla conclusione del processo di riconversione, budget e tempistica è parte integrante della presente intesa.

Per la Regione

Il Direttore Regionale della Direzione Regionale Salute e
Integrazione Sociosanitaria

Il Dirigente dell'Area Rete Ospedaliera e Specialistica

Il Dirigente dell'Area Remunerazione, Budget e Contratti

Il Dirigente dell'Area Autorizzazione e Accreditamento

Il Dirigente dell'Area Rete Integrata del Territorio

Per la Asl

Il Direttore Generale

Per la/e struttura/e:

1. _____;

2. _____;

3. _____;

Il Legale Rappresentante o il soggetto giuridico
quale procuratore speciale
