

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 24 ottobre 2016, n. U00321

**Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 in relazione all'attività di "Specialistica Ambulatoriale" svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR.**

**Decreto del Commissario ad acta**  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**Oggetto:** Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 in relazione all'attività di "Specialistica Ambulatoriale" svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTI per quanto riguarda i poteri**

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 "*Nuovo Statuto della Regione Lazio*" e s.m.i.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s. m. i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s. m. i., con particolare riferimento all'art. 98;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con cui l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato *sub* commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la determinazione regionale G03680 del 13 aprile 2016;
- la determinazione regionale G04602 del 05 maggio 2016

**VISTI per quanto riguarda il Piano di Rientro**

- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: "*Approvazione del "Piano di Rientro..."*" e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "*Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio....omissis... Approvazione del "Piano di Rientro..."*";
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;

**VISTI per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", ed in particolare:**

- 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'articolo 8 *quater*, comma 8 del D. Lgs. n. 502/92 e s. m. i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera d);
- 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);

**RILEVATO** che la recente giurisprudenza amministrativa ha precisato che “...*omissis*... *chi intende operare nell’ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto alla salute ...omissis... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato*” (Ordinanza Consiglio di Stato n. 906/2015; sentenza TAR Abruzzo n. 585/2015);

**VISTO** il Decreto Commissariale n. U0042 del 17 novembre 2008, avente ad oggetto “*Adozione di misure di partecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria relativa a prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, ai sensi dell’art. 61 c. 21 della legge n. 133 del 6.8.2008 di conversione con modifica del D.L. 25.6.2008 n. 112*”, così come modificato dal decreto n. U0050 del 24 dicembre 2008;

**VISTA** la legge 15 luglio 2011 n. 111 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, recante misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00040 del 26 marzo 2012 recante: DCA n. 58/2009 “*Sistema dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica – L.133/08, art. 79, comma 1 septies*”. *Modifiche ed integrazioni*”;

**PRESO ATTO** del Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00313 del 4 luglio 2013 recante “*Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012*” pubblicato sul BURL n. 56 del 11 luglio 2013;

**VISTO** il decreto del Commissario *ad acta* n. U00241 del 18 luglio 2014 e s.m.i. recante “*Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l’anno 2014 in relazione all’attività di Laboratorio Analisi*” e per gli anni 2014 - 2015 per l’attività di “*Altra Specialistica*” svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR. - *Aggiornamento Allegato A DCA 313/2013*” e s.m.i.;

**PRESO ATTO** del decreto del Commissario *ad acta* n. U00499 del 27 ottobre 2015 recante “*Contratti/accordi stipulati dalla regione Lazio con il Policlinico Agostino Gemelli e con l’Università Campus Biomedico di Roma per l’erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a*

*carico del servizio sanitario regionale – Anno 2015”;*

**VISTO** il decreto del Commissario ad acta n. U 00556 del 20 novembre 2015 recante *“Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2015 per le prestazioni di Laboratorio Analisi erogate dalle strutture private con onere a carico del SSR”* che individua il livello massimo di finanziamento 2015 per le prestazioni di laboratorio analisi erogate dalle strutture private con onere SSR;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00544 del 16 novembre 2015 recante *“Integrazione e rettifica DCA U 00241/2014 anno 2014; definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l’anno 2015 in relazione all’attività di “Laboratorio Analisi” e “Altra Specialistica”;*

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* U 00549 del 18 novembre 2015 recante *“Istituzione della rete specialistica disciplinare dei Laboratori di Genetica Medica in attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015. Approvazione del documento relativo alla “Rete dei laboratori di Genetica Medica della Regione Lazio”,* pubblicato sul BURL n. 96 del 1 dicembre 2015;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00215 del 15 giugno 2016 recante: *“Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici - Disciplina transitoria; ”*pubblicato sul BURL n. 49 del 21 giugno 2016;

**VISTA** la legge 7 agosto 2012 n. 135 avente ad oggetto *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;*

**VISTA** la legge 6 agosto 2015, n. 125, di conversione in legge, con modificazioni del D.L. 19 giugno 2015 n.78 *“Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali (Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali)”* ed in particolare dell’art. 9 quater;

**PRESO ATTO** che con Sentenza n. 10212 del 3 febbraio 2016 il TAR Lazio, sez III Quater ha annullato in parte qua il DCA U 00270 del 26 giugno 2015 che prevedeva, tra l’altro, per l’attività di laboratorio analisi, l’applicazione della soglia minima di attività in volume pari a 60.000 esami di laboratorio complessivamente erogati a decorrere dall’anno 2016;

**PRESO ATTO** dello schema degli interventi dei Programmi Operativi 2016 - 2018 trasmesso ai Ministeri competenti con nota prot. 2048 CZ del 12 ottobre 2016, in cui è prevista, tra l’altro, l’implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL attraverso la definizione, a livello regionale, della cornice finanziaria per l’acquisto di prestazioni di assistenza territoriale e specialistica erogata da privato e l’assegnazione alle ASL del compito di definire i tetti di spesa per singolo erogatore;

**PRESO ATTO** della nota prot. 233778 GR/11/28 del 5 maggio 2016 recante *“Comunicazione avvio del procedimento ex art. 7 L. 241/90 e s.m.i. per : la definizione del livello massimo di di finanziamento per l’anno 2016 per le prestazioni di laboratorio analisi, altra specialistica,*

*RMN, APA con onere a carico del SSR erogate da strutture private, Policlinici Universitari non Statali, Ospedali Classificati, IRCSS privati; rettifica DCA U 00324/2015 e s.m.i; aggiornamento DCA U 00313/2013 con decorrenza 1° gennaio 2017”;*

**PRESO ATTO** che con la sopracitata nota, la Direzione regionale Salute e Politiche Sociali ha comunicato ai soggetti interessati che, anche per l’assistenza specialistica, il livello massimo di finanziamento verrà stabilito dalla ASL competente per territorio e specificato come l’esercizio della funzione di committenza a livello aziendale, nell’ambito degli indirizzi e dei vincoli di spesa regionali, garantisce il rispetto delle competenze, consente la valutazione concreta dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e la massimizzazione del beneficio sociale nonché di allineare ed orientare più efficacemente l’offerta di attività sanitarie consentite dalla programmazione regionale con la domanda degli assistiti, determinando l’acquisto di prestazioni che meglio soddisfano le esigenze del territorio in termini di accesso e di governo delle liste di attesa.

**PRESO ATTO** che nella medesima nota viene tra l’altro comunicato che:

- il livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 dovrà essere individuato sul dato contabile – o netto 2015 ( valore della produzione riconoscibile entro budget al netto della quota ricetta e tickets incassati dall’erogatore) fermo restando che, coerentemente alle osservazioni più volte rappresentate dai Ministeri affiancanti, il livello massimo di finanziamento per ogni singola struttura dovrà essere al lordo del ticket e della quota ricetta, con evidenza del ticket, della quota ricetta e del netto;
- la Regione adotta il provvedimento di definizione del livello massimo di finanziamento complessivo assegnato per singola Azienda Sanitaria;
- le singole Aziende Sanitarie adottano il proprio provvedimento di assegnazione del livello massimo di finanziamento suddiviso per singola struttura secondo i criteri sopra esposti;
- le strutture private accreditate assegnatarie del livello massimo di finanziamento per l’anno 2016 sottoscrivono il contratto con l’Azienda Sanitaria Locale competente per territorio;

**PRESO ATTO** della nota prot. 268265 GR/11/2016 del 20 maggio 2016 con cui la competente struttura regionale ha trasmesso gli elenchi delle strutture che possono erogare prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR;

**PRESO ATTO** dei dati di attività 2015 della specialistica ambulatoriale presenti nell’area di condivisione files gestita dalla competente struttura regionale, nonché della nota prot. 270312 GR/11/06 del 23 maggio 2016 recante “*Conferma produzione Specialistica e ospedaliera anno 2015 – Vs. note prot. 266212 e prot. 266582 del 20/05/2016*”;

**PRESO ATTO** della nota prot. n. 240948/GR.11.16 del 09.05.2016 con cui è stato notificato il Decreto del Commissario *ad acta* n. 144/2016 avente ad oggetto “*Cessazione degli effetti del DCA n. U00478 del 09/10/2015, di sospensione dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento della "Casa di Cura Villa Aurora", gestita dalla Società "Casa di Cura*

*Privata Villa Aurora S.p.A." (P. IVA 01008531004) sita in Via Mattia Battistini, n. 44/46. Modifiche al DCA n. U00231 del 14/07/2014 come rettificato dal DCA n U00415 del 03/09/2015 per variazione del Direttore Sanitario della struttura";*

## **STABILITO**

che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di specialistica ambulatoriale verrà definito dalle AA.SS.LL competenti per territorio;

che il livello di finanziamento non può superare, per ciascuna tipologia assistenziale della specialistica ambulatoriale gli importi indicati nell'allegato "*Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016*", che è parte integrante del presente provvedimento;

altresi, che il "*Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016*" di cui sopra è incrementato per ogni ASL, relativamente alle sole tipologie assistenziali del Laboratorio Analisi e Altra specialistica, nella misura massima del 2% per il Laboratorio analisi e dell'1% per Altra specialistica, nei soli tassativi casi di volture dell'autorizzazione e dell'accreditamento tali da aver inciso in misura almeno pari al 15% sulla produzione lorda 2015 rispetto al maggior valore di produzione lorda registrato all'interno dei budget nei due esercizi precedenti la voltura esclusivamente a causa di assoluta mancata rilevazione di produzione per un periodo in conseguenza della soluzione di continuità dell'attività tra struttura cedente e struttura cessionaria;

che, in sede di attribuzione dei budget 2016 alle singole strutture, ciascuna ASL potrà avvalersi del citato incremento dell'importo complessivamente assegnato alle stesse con il presente decreto, esclusivamente per le tipologie assistenziali e per i casi sopra riportati;

che nel provvedimento di attribuzione dei budget alle singole strutture – che dovrà essere trasmesso alla Regione - le ASL dovranno indicare dettagliatamente e analiticamente le motivazioni a supporto dell'incremento attribuito, richiamando la documentazione comprovante la specifica fattispecie;

che il livello dei costi tendenziale 2016 riferito all'acquisto di prestazioni di specialistica da privato, comprensivo dell'incremento di cui sopra è in linea con quanto previsto dalla L. 125/2015;

**STABILITO** le AA. SS. LL. potranno assegnare alle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, insistenti sul proprio territorio, il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale distinta in "Laboratorio Analisi", "Altra Specialistica", "APA" e "RMN" – quest'ultima per le strutture per cui risulta individuata la fascia di accreditamento del macchinario e il numero di prestazioni erogabili;

**CONSIDERATO** che il suddetto allegato riporta, per ogni ASL e per ognuno dei profili assistenziali di cui sopra, gli importi complessivi dei dati 2015 riferiti al contabile, alla quota ricetta e al ticket;

**STABILITO** che tali importi rappresentano il livello massimo di finanziamento per l'anno

2016 assegnabili dalle ASL alle strutture insistenti sul proprio territorio erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR, fatti salvi gli incrementi di cui sopra, il cui utilizzo è previsto nei soli casi tassativamente indicati;

**CHE** le ASL competenti, nell'attribuire i livelli di finanziamento 2016 delle prestazioni di Laboratorio Analisi per singola struttura, dovranno tener conto anche di quanto stabilito dal DCA U 00549/2015, con particolare riferimento alle strutture inserite nella rete dei Laboratori della Genetica Medica;

**CHE** le ASL competenti, nell'attribuire i livelli di finanziamento 2016 delle prestazioni APA per singola struttura, dovranno tener conto anche di quanto stabilito dal DCA U 00215/2016 – pubblicato sul BURL n. 49 del 21 giugno 2016 - che, nell'allegato “ Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.) . Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici – Disciplina transitoria”, paragrafo 1 stabilisce che *“le prestazioni A.P.A. possono essere attualmente erogate esclusivamente all'interno delle strutture pubbliche e private, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie, già autorizzate all'esercizio e accreditate istituzionalmente;*

**CHE** la ASL competente, nell'assegnare il livelli di finanziamento 2016 alla struttura “ Casa di Cura privata Villa Aurora S.p.A, dovrà tener conto della decorrenza del sopracitato DCA U00144/2016;

**VISTO** il DCA U00493 del 23 ottobre 2015, avente ad oggetto “Sospensione in via cautelare dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento dell'Ospedale Israelitico per i presidi di Via Fulda n. 14, Via Veronese n. 53, Via Veronese n. 59 e Piazza San Bartolomeo all'Isola n. 21”;

**VISTI** i successivi DCA U000013 e U00017 del 28 gennaio 2016, con i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'esercizio per i presidi dell'Ospedale Israelitico di Via Veronese 59 e di Via Fulda 14, modificando *ex tunc* la configurazione per la quale era stata confermata l'autorizzazione all'esercizio con il DCA 212/2012;

**VISTI** i DCA U00072 e U00075 dell'11 marzo 2016 con i quali è stato rilasciato il titolo di accreditamento istituzionale rispettivamente per i presidi di Via Fulda 14 e Via Veronese 59;

**CONSIDERATO** che tali provvedimenti modificano la configurazione per la quale era stato rilasciato il titolo di accreditamento di cui al DCA U00212/2012;

**VISTA** la nota prot. 378413 del 18 luglio 2016, con la quale è stato comunicato l'avvio del procedimento per la definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica della sopracitata struttura;

**RITENUTO** pertanto di procedere con successivo apposito decreto Commissariale alla definizione del livello massimo di finanziamento da attribuire per l'anno 2016 all'Ospedale Israelitico;

**RIBADITO** che le ASL dovranno procedere alla definizione del livello massimo di finanziamento attribuibile alle singole strutture insistenti sul proprio territorio attribuendo ad

ogni struttura il dato del contabile (produzione entro budget 2015 al netto della quota ricetta e *tickets* incassati nel medesimo anno dall'erogatore), il valore del *ticket* e il valore della quota ricetta rilevati entro budget 2015, pervenendo così al valore lordo (budget 2016), fermo restando quanto stabilito dalla normativa vigente sopra richiamata e fatte salve le eventuali vulture giustificanti l'utilizzo dell'incremento previsto;

### **CONSIDERATO**

che l'assegnazione alle ASL del compito di definire i budget per singolo soggetto erogatore nei termini sopra indicati rappresenta una procedura sperimentale per l'anno 2016;

che l'esercizio della funzione di committenza a livello aziendale nell'ambito degli indirizzi e dei vincoli di spesa regionali garantisce il rispetto delle competenze aumentando l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e la massimizzazione del beneficio sociale;

che la funzione di committenza a livello aziendale consente, nei processi di definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura e per singolo profilo assistenziale, di allineare ed orientare più efficacemente l'offerta di attività sanitarie consentite dalla programmazione regionale con la domanda degli assistiti, determinando l'acquisto di prestazioni che meglio soddisfano le esigenze del territorio;

### **TENUTO CONTO**

che la definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;

che i livelli massimi di finanziamento si riferiscono anche alle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e che pertanto, i budget che saranno attribuiti dalle AA.SS.LL. alle strutture insistenti sul proprio territorio, dovranno comprendere anche le prestazioni erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;

che le prestazioni potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.;

**STABILITO** pertanto che per l'anno 2016 il livello massimo di finanziamento per l'assistenza specialistica ambulatoriale verrà assegnato dalle AA.SS.LL. le quali dovranno:

- definire il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul proprio territorio previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione e accreditamento e di quanto stabilito nella normativa sopra richiamata;
- sottoscrivere il contratto di cui all'art. 8 quinquies D.Lgs 502/92, previa verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente;
- vigilare sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate;



- controllare che il livello massimo di finanziamento e la produzione erogata siano coerenti con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;

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 AA.SS.LL che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura;

che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole AA.SS.LL deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle AA.SS.LL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;

che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto deve ritenersi vincolante al singolo profilo assistenziale per il quale è stato assegnato;

che le AA.SS.LL competenti per territorio devono procedere al perfezionamento del provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 15 giorni dal presente provvedimento;

che le AA.SS.LL competenti per territorio devono trasmettere alla regione Lazio il provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 3 giorni dal perfezionamento del provvedimento medesimo, al fine della verifica del rispetto dei livelli massimi di finanziamento per Azienda Sanitaria Locale di cui al presente decreto commissariale;

## **STABILITO**

che le ASL devono verificare il possesso del titolo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di ogni singola struttura;

che le ASL, per quanto riguarda in particolare le prestazioni di RMN, devono verificare la coerenza delle prestazioni erogate con la fascia del macchinario attribuito alle strutture dalle disposizioni vigenti;

che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale di cui al presente decreto potrà 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;

che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o 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 servizio Sanitario regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

**CONFERMATO** che i budget annuali 2016 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalle ASL nei termini sopra indicati devono comunque riassorbire la

produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi;

**CONFERMATO** che l'erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il limite massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del SSR;

**CONFERMATO** che all'erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al limite massimo assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

**STABILITO** che l'erogatore dovrà mettere a disposizione le proprie agende nei tempi e modi previsti dalla normativa vigente e assumendo come riferimento il volume indicato dai Direttori Generali, frutto della programmazione dagli stessi effettuata;

**STABILITO** di rinviare a successivo provvedimento a cura della competente Area, la modifica di quanto riportato nell'allegato 5b della DGR 9376 del 30/12/1997 e nella successiva DGR 291 del 11/02/1998, in quanto in corso di valutazione l'impatto di tale modifica normativa;

**CONFERMATO** quanto previsto dal DCA U 00241/2014 rispetto le prestazioni della branca di radioterapia, ivi compreso il riconoscimento della produzione complessivamente erogata, fermo restando il rispetto della normativa vigente;

**CONFERMATO** che le prestazioni di dialisi non sono soggette a limite massimo delle risorse assegnabili, fermo restando il rispetto della normativa vigente;

**RIBADITO** che, in ogni caso, le AA.SS.LL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compreso la 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;

**STABILITO**, ai sensi di quanto previsto nelle determinazioni n. G03680/2016 e n. G04602/2016, di rinviare all'Area competente la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;

**STABILITO** che in caso di attribuzione del fondo aggiuntivo, i contratti riguardanti le strutture interessate potranno essere sottoscritti solo a seguito del nulla osta regionale sulle relative delibere di attribuzione;

**RIBADITO** quanto previsto dall'art. 8 – quater, comma 2, D.lgs 502/92;

## **DECRETA**

Le premesse sono parte integrante del presente provvedimento

1. che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

verrà stabilito per ogni singola struttura dalle AA.SS.LL competenti per territorio;

2. che il livello di finanziamento non può superare, per ciascuna ASL e per ciascuna tipologia assistenziale della specialistica ambulatoriale, gli importi indicati nell'allegato “ *Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016*”, parte integrante del presente provvedimento;
3. che il “ *Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016*” di cui sopra è incrementato per ogni ASL, relativamente alle sole tipologie assistenziali del Laboratorio Analisi e Altra specialistica, nella misura massima del 2% per il Laboratorio analisi e dell'1% per Altra specialistica, nei soli tassativi casi di volture dell'autorizzazione e dell'accreditamento tali da aver inciso in misura almeno pari al 15% sulla produzione lorda 2015 rispetto al maggior valore di produzione lorda registrato all'interno dei budget nei due esercizi precedenti la voltura, esclusivamente a causa di assoluta mancata rilevazione di produzione per un periodo in conseguenza della soluzione di continuità dell'attività tra struttura cedente e struttura cessionaria;
4. che, in sede di attribuzione dei budget 2016 alle singole strutture, ciascuna ASL potrà avvalersi del citato incremento dell'importo complessivamente assegnato alle stesse con il presente decreto, esclusivamente per le tipologie assistenziali e per i casi sopra riportati;
5. che nel provvedimento di attribuzione dei budget alle singole strutture – che dovrà essere trasmesso alla Regione - le ASL dovranno indicare dettagliatamente e analiticamente le motivazioni a supporto dell'incremento attribuito, richiamando la documentazione comprovante la specifica fattispecie;
6. che le AA. SS. LL. potranno attribuire alle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, insistenti sul proprio territorio, il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale distinta in “Laboratorio Analisi”, “Altra Specialistica”, “APA” e “RMN” – quest'ultima per le strutture per cui risulta individuata la fascia di accreditamento del macchinario e il numero di prestazioni erogabili;
7. che il suddetto allegato riporta, per ogni ASL e per ognuno dei profili assistenziali di cui sopra, gli importi complessivi dei dati del contabile, della quota ricetta e del ticket;
8. che tali importi rappresentano il livello massimo di finanziamento che le AA.SS.LL. possono assegnare alle strutture insistenti sul proprio territorio erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR, fatti salvi gli incrementi di cui sopra, il cui utilizzo è previsto nei soli casi tassativamente indicati;
9. di procedere con successivo apposito decreto Commissariale alla definizione del livello massimo di finanziamento da attribuire per l'anno 2016 all'Ospedale Israelitico;
10. che le ASL dovranno procedere alla definizione del livello massimo di finanziamento per le singole strutture insistenti sul proprio territorio assegnando ad ogni struttura il valore del contabile (produzione entro budget 2015 al netto della quota ricetta e *tickets* incassati nel medesimo anno dall'erogatore), il valore del *ticket* e il valore della quota ricetta rilevati entro budget 2015, pervenendo così al valore lordo (budget 2016), fermo restando quanto

stabilito dalla normativa vigente sopra richiamata e fatte salve le eventuali volte giustificanti l'utilizzo dell'incremento previsto;

11. che le AA.SS.LL., nell'assegnare i livelli massimi di finanziamento, dovranno tenere conto di quanto indicato in premessa con riferimento ai DCA U 00549/2015, U 00144/2016, U 00215/2016;
12. che l'assegnazione alle ASL del compito di definire i budget per singolo soggetto erogatore nei termini sopra indicati rappresenta una procedura sperimentale per l'anno 2016;
13. che la definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
14. che i livelli massimi di finanziamento fanno riferimento anche alle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e che pertanto, i budget che saranno attribuiti dalle AA.SS.LL. alle strutture insistenti sul proprio territorio, dovranno comprendere anche le prestazioni erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;
15. che le prestazioni potranno 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.;
16. che le ASL dovranno:
  - definire il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul proprio territorio previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione e accreditamento;
  - sottoscrivere il contratto di cui all'art. 8 quinquies D.Lgs 502/92, previa verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente;
  - vigilare sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate;
  - controllare che il livello massimo di finanziamento e la produzione erogata siano coerenti con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
17. 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 AA.SS.LL., che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura;
18. che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole AA.SS.LL. deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle AA.SS.LL. alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;

19. che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto deve ritenersi vincolante al singolo profilo assistenziale per il quale è stato assegnato;
20. che le AA.SS.LL competenti per territorio devono procedere al perfezionamento del provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 15 giorni dal presente decreto commissariale;
21. che le AA.SS.LL competenti per territorio devono trasmettere alla Regione Lazio il provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 3 giorni dal perfezionamento del provvedimento medesimo, al fine della verifica del rispetto dei livelli massimi di finanziamento per Azienda Sanitaria Locale di cui al presente decreto commissariale;
22. che le ASL devono verificare il possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura;
23. che le ASL, per quanto riguarda in particolare le prestazioni di RMN, devono verificare la coerenza delle prestazioni erogate con la fascia del macchinario attribuito alle strutture dalle disposizioni vigenti;
24. che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale di cui al presente decreto potrà 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;
25. che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o 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 servizio Sanitario regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
26. che i budget annuali 2016 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalle ASL nei termini sopra indicati devono comunque riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi;
27. che l'erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il limite massimo ( Budget) non sono riconosciute con onere a carico del SSR;
28. che all'erogatore viene riconosciuta la produzione erogata entro il livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
29. che l'erogatore dovrà mettere a disposizione le proprie agende nei tempi e modi previsti dalla normativa vigente e assumendo come riferimento il volume indicato dai Direttori

Generali, frutto della programmazione dagli stessi effettuata;

30. di rinviare a successivo provvedimento a cura della competente Area la modifica di quanto riportato nell'allegato 5b della DGR 9376 del 30/12/1997 e nella successiva DGR 291 del 11/02/1998, in quanto in corso di valutazione l'impatto di tale modifica normativa;
31. di confermare quanto previsto dal DCA U 00241/2014 rispetto le prestazioni della branca di radioterapia, ivi compreso il riconoscimento della produzione complessivamente erogata, fermo restando il rispetto della normativa vigente;
32. che le prestazioni di dialisi non sono soggette a limite massimo delle risorse assegnabili, fermo restando il rispetto della normativa vigente;
33. che, in ogni caso, le AA.SS.LL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compreso la 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;
34. di dare mandato alle competenti aziende sanitarie di vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e il volume delle attività effettivamente autorizzate e accreditate, nonché di eseguire tutti i controlli previsti dalla normativa vigente
35. di rinviare, all'Area competente, ai sensi di quanto previsto nelle determinazioni n. G03680/2016 e n. G04602/2016, la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;
36. che in caso di attribuzione del fondo aggiuntivo, i contratti riguardanti le strutture interessate potranno essere sottoscritti solo a seguito del nulla osta regionale sulle relative delibere di attribuzione;
37. di ribadire quanto previsto dall'art. 8 – quater, comma 2, D.lgs 502/92;

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

**NICOLA ZINGARETTI**

**Allegato livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016**

	Laboratorio Analisi					Altra Specialistica				
	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto		
ASL										
ROMA 1	35.618.076,45	5.188.435,55	3.155.768,00	27.273.872,90	73.503.848,63	7.612.933,40	4.278.100,00	61.612.815,23		
ROMA 2	14.199.411,34	2.618.322,05	1.790.530,00	9.790.559,29	37.964.254,43	2.808.834,46	1.479.770,00	33.675.649,97		
ROMA 3	5.702.371,51	1.323.575,35	989.940,00	3.388.856,16	7.388.283,83	912.124,72	512.337,00	5.963.822,11		
ROMA 4	1.916.184,77	192.318,74	115.570,00	1.608.296,03	1.092.065,60	170.695,30	92.786,00	828.584,30		
ROMA 5	3.916.902,65	706.248,12	470.946,00	2.739.708,53	8.939.648,55	416.083,93	191.434,00	8.332.130,62		
ROMA 6	3.665.280,19	881.591,03	607.530,00	2.176.159,16	8.671.217,67	1.001.251,74	544.965,00	7.125.000,93		
VITERBO	1.909.846,50	329.944,17	212.968,00	1.366.934,33	1.590.636,13	312.753,76	194.111,00	1.083.771,37		
RIETI	885.703,93	98.708,12	59.682,00	727.313,81	576.313,62	42.879,22	17.660,00	515.774,40		
LATINA	3.976.347,72	681.304,50	463.792,00	2.831.251,22	4.923.214,55	512.140,93	288.383,00	4.122.690,62		
FROSINONE	2.732.253,53	500.256,08	322.294,00	1.909.703,45	1.982.758,57	206.510,35	114.045,00	1.662.203,22		
<b>TOTALE</b>	<b>74.522.378,59</b>	<b>12.520.703,71</b>	<b>8.189.020,00</b>	<b>53.812.654,88</b>	<b>146.632.241,58</b>	<b>13.996.207,81</b>	<b>7.713.591,00</b>	<b>124.922.442,77</b>		

*Allegato " livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016"*

ASL	Risonanza Magnetica 2016			
	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	6.120.936,11	602.222,85	416.475,00	5.102.238,26
ROMA 2	4.384.403,96	344.798,70	238.450,00	3.801.155,26
ROMA 3	6.259.658,79	569.470,91	393.825,00	5.296.362,88
ROMA 4	1.255.272,38	81.337,50	56.250,00	1.117.684,88
ROMA 5	5.733.007,22	446.018,71	308.450,00	4.978.538,51
ROMA 6	3.165.720,23	277.342,81	191.800,00	2.696.577,42
LATINA	2.351.163,44	205.874,25	142.375,00	2.002.914,19
FROSINONE	3.427.719,52	328.097,40	226.900,00	2.872.722,12
<b>TOTALE</b>	<b>32.697.881,65</b>	<b>2.855.163,13</b>	<b>1.974.525,00</b>	<b>27.868.193,52</b>



*Allegato " livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016"*

ASL	APA 2016			
	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	15.583.517,97	413.845,20	160.272,00	15.009.400,77
ROMA 2	8.567.389,44	217.948,35	84.406,00	8.265.035,09
ROMA 3	1.611.780,18	21.798,45	8.442,00	1.581.539,73
ROMA 4	731.798,31	18.544,95	7.182,00	706.071,36
ROMA 6	3.000.603,58	55.562,55	21.518,00	2.923.523,03
LATINA	1.521.290,11	66.732,90	25.844,00	1.428.713,21
FROSINONE	1.022.493,71	37.812,90	14.644,00	970.036,81
<b>TOTALE</b>	<b>32.038.873,30</b>	<b>832.245,30</b>	<b>322.308,00</b>	<b>30.884.320,00</b>