



Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. *000390* del 05 SET. 2017

Proposta n. 15133 del 24/08/2017

Oggetto:

Definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017/2018 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 gli anni 2017/2018 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 stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione 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. 502/1992 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. 502/1992 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);

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;

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*;

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. 321 del 24 ottobre 2016 recante: “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”, con cui, in osservanza dello schema degli interventi dei programmi operativi 2016-2018 trasmesso ai Ministeri competenti, è stata disposta

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 specialistica erogata da privato e l'assegnazione alle ASL del compito di definire i tetti di spesa per singolo soggetto erogatore secondo i criteri indicati nel medesimo provvedimento;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U 00396 del 23 dicembre 2016 recante: "DCA 321 del 24 ottobre 2016: «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» - Rettifica", con cui sono stati tra l'altro rettificati i livelli di finanziamento assegnati alle ASL dal DCA U 00321/2016, confermando alle Aziende Sanitarie Locali il compito di definire i tetti di spesa per singolo soggetto erogatore secondo i criteri indicati nel medesimo DCA 396/2016;

PRESO ATTO delle deliberazioni aziendali con cui le ASL hanno proceduto all'assegnazione dei livelli massimi di finanziamento 2016 ex DCA U 00396/2016 alle strutture insistenti sul territorio di afferenza, di seguito riportate:

- ASL Roma 1: deliberazione n. 123 del 07/02/2017;
- ASL Roma 2: deliberazione n. 170 del 25/01/2017, rettificata con deliberazione n. 661 del 06/04/2017;
- ASL Roma 3: deliberazione n. 22 del 17/01/2017; deliberazione n. 147 del 27/02/2017;
- ASL Roma 4: deliberazione n. 108 del 20/01/2017;
- ASL Roma 5: deliberazione n. 24 del 23/01/2017;
- ASL Roma 6: deliberazione n. 2 del 13/01/2017;
- ASL Viterbo: deliberazione n. 38 del 19/01/2017;
- ASL Rieti: deliberazione n. 53 del 17/01/2017;
- ASL Latina: deliberazione n. 65 del 08/02/2017;
- ASL Frosinone: deliberazione n. 149 del 31/01/2017, parzialmente rettificata con deliberazione n. 1078 del 07/07/2017;

PRESO ATTO della nota prot. 66086 del 24/05/2017, con cui la ASL Roma 1 ha comunicato di procedere all'integrazione della deliberazione n. 123 del 07/02/2017;

PRECISATO che suddetta integrazione potrà in ogni caso ritenersi perfezionata solo a seguito dell'emanazione di apposita deliberazione aziendale;

PRESO ATTO, altresì dei Decreti Commissariali nn.:

- U 00404 del 23 dicembre 2016 recante: "Provvedimento del Commissario ad acta del 27 novembre 2015 – Definizione dei livelli massimi di finanziamento per gli anni 2015/2016 per le prestazioni di RMN della struttura San Raffaele Cassino";
- U 00157 del 5 maggio 2017 recante: "Definizione del livello massimo di finanziamento 2016 in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale – Ospedale Israelitico";
- U 00220 del 15 giugno 2017 recante: "APA aggiuntivi 2016: DCA 332 del 13 luglio 2015; DCA 215 del 15 giugno 2016";

PRESO ATTO del Decreto del Commissario ad acta n. U000052 del 22 febbraio 2017, pubblicato sul BURL n. 18 del 2 marzo 2017, S.O. n. 2 recante: "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», il quale nel confermare la funzione di committenza in capo alle ASL, prevede, tra l'altro, in applicazione della Legge 125 del 6 agosto 2015, quale costo per l'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato degli anni 2016-2018 il valore del consuntivato 2014 ridotto dell'1%;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U 00216 del 6 giugno 2017 recante: "Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. U00049 del 21.2.2014 concernente Provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore del presidio sanitario denominato «Istituto C.S.S. Mendel della Fondazione di Religione e di Culto - Casa Sollievo della Sofferenza - Opera di San Pio da Pietralcina», gestito dalla Fondazione di Religione e di Culto «Casa Sollievo della Sofferenza» Opera di San Pio da Pietralcina - Istituto C.S.S. Mendel (P. IVA 00138660717), con sede legale in Viale Cappuccini, Snc - 71013 San Giovanni Rotondo (FG) e sede operativa in Viale Regina Margherita n. 261 - 00198 Roma. Revoca DCA n. U00496 del 19/12/2013", trasmesso dalla competente Area con nota prot. 308409 del 16 giugno 2017;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U 00254 del 4 luglio 2017 recante: "Modifiche e integrazioni al Decreto del Commissario ad Acta n. U00215 del 15.6.2016 concernente «Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici». Disciplina transitoria.";

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. U 00115 del 21 aprile 2017, pubblicato sul BURL n. 35 del 2 maggio 2017, recante: "Attuazione del Programma Operativo Regionale 2016-2018. Revoca del DCA n. 270 del 26 giugno 2015 concernente l'approvazione del «Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio». Approvazione delle nuove direttive e dell'Allegato «Modalità organizzative della medicina di laboratorio nel settore privato accreditato»";

PRESO ATTO della nota prot. 327936 del 27 giugno 2017 recante "Comunicazione avvio del procedimento ex art. 7, L. 241/90 e s.m.i. per la definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017-2018 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";

CONSIDERATO che con la sopracitata nota, la Direzione regionale Salute e Politiche Sociali, ha comunicato ai soggetti interessati, in considerazione:

- dei valori di budget 2016 complessivamente assegnati e della stima 2017 del consuntivato afferente agli stessi;
- della stima dei costi 2017 per l'acquisto di prestazioni Dialisi, Radioterapia, Pronto soccorso;
- del livello massimo di costo per l'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato a valere sugli anni 2017-2018 di cui ai programmi operativi ex DCA U 0052/2017, ammontante ad € 365.636 (in migliaia di euro);
- dell'esigenza che nella determinazione dei tetti di spesa la Regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili quale elemento imprescindibile ai fini del perseguimento dell'equilibrio economico finanziario del sistema;

di dover procedere, al fine dell'osservanza degli obiettivi imposti nei programmi operativi 2016-2018 all'attribuzione dei livelli massimi di finanziamento per i medesimi esercizi della



specialistica ambulatoriale nella misura dei livelli assegnati nell'anno 2016 ridotti della percentuale del 3,5%;

CONSIDERATO che nella sopracitata nota viene altresì comunicato che:

- in osservanza anche di quanto previsto dai programmi operativi riguardo la funzione di committenza in capo alle ASL ed in continuità con i DCA U 00321/2016 e s.m.i., la Regione provvederà, con decreto commissariale ad assegnare a ciascuna ASL i livelli massimi di finanziamento 2017-2018 definiti applicando la riduzione del 3,5% sui livelli 2016 complessivamente assegnati:
 1. da ciascuna azienda sanitaria con propria deliberazione alle strutture afferenti sul proprio territorio;
 2. dalla Regione con i decreti commissariali sopra menzionati (DCA 404/2016; 157/2017; 220/2017) con riproporzionamenti nel caso di budget 2016 determinati pro-rata;
- conseguentemente, le ASL provvederanno ad attribuire i budget 2017-2018 alle strutture afferenti sul proprio territorio applicando la percentuale di riduzione del 3,5% sui singoli budget assegnati nel 2016;
- 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 della stima degli stessi e del relativo netto;
- nel decreto di attribuzione dei livelli di finanziamento 2017-2018 per singola ASL, verrà indicata la valorizzazione del ticket, quota ricetta e netto stimati applicando per ogni linea di attività l'incidenza percentuale a livello regionale sui dati di attività 2015;
- a tal fine le ASL potranno stimare per ogni struttura il ticket, quota ricetta e netto, applicando sui livelli di finanziamento 2017-2018 per singola struttura e per linea di attività l'incidenza percentuale sopra riportata;

PRESO ATTO delle note prot. 33628 del 24 gennaio 2017 e prot. 171296 del 3 aprile 2017 di richiesta alla competente struttura regionale rispetto all'eventuale aggiornamento alla nota prot. 268265 GR/11/16 del 20 maggio 2016;

RILEVATO che l'incidenza percentuale previsionale a livello regionale per ogni linea di attività del ticket e quota ricetta 2017-2018 stimati sui dati di attività 2015 risulta essere la seguente:

	Laboratorio analisi	Altra specialistica	RMN	APA
Percentuale ticket stimato 2017-2018	16%	10%	9%	3%
Percentuale quota fissa stimata 2017-2018	8%	4%	2%	1%

PRESO ATTO di quanto modificato ed integrato dal sopracitato DCA U 00254/2017 rispetto al DCA U 00215/2016 secondo cui *"nelle more di una definitiva riorganizzazione degli A.P.A. le strutture pubbliche e private sono autorizzate a svolgere, a decorrere dalla data di adozione del DCA n. U00332/2015 ed entro il 30.6.2018, le prestazioni A.P.A. di cui alla vigente normativa per le attività già autorizzate e accreditate in ricovero ordinario e/o di day surgery, anche al fine di rispondere a criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza delle stesse."*;

RITENUTO, nel prendere atto del sopracitato DCA 216/2017 e dell'intervenuta sentenza del TAR Lazio, sez. III Quater, n 07047 del 15 giugno 2017 che la ASL Roma 1 dovrà procedere,

per l'anno 2018 ad accantonamento a favore della struttura C.S.S. Mendel rimandandone l'utilizzo alla definizione dei provvedimenti che saranno se del caso assunti;

STABILITO

- che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di specialistica ambulatoriale verrà definito dalle ASL 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 2017-2018*", che è parte integrante del presente provvedimento;

PRECISATO

- che gli importi di cui al sopracitato allegato si riferiscono, per le prestazioni di Laboratorio analisi, altra Specialistica e RMN ad ognuna delle annualità anni 2017-2018;
- che per quanto riguarda le prestazioni APA ed APA aggiuntivi ex DCA U 00332/2015, il sopracitato allegato riporta il livello di finanziamento annuale 2017, mentre per il livello di finanziamento 2018, stante il disposto del DCA 254/2017 sopra richiamato, si riferisce al 1° semestre 2018;
- che il livello di finanziamento delle prestazioni APA aggiuntive ex DCA 332/2015 deve riferirsi esclusivamente alla prestazioni APA indicate per singola struttura dal DCA 332/2015 e riportate nel sopracitato DCA 220/2017 e che, pertanto, le ASL dovranno verificare puntualmente che l'erogazione della quota aggiuntiva si riferisca esattamente alle prestazioni APA di cui al sopracitato DCA 332/2015;

STABILITO le ASL 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 budget 2016 assegnati dalle ASL con proprie deliberazioni e dai DCA 404/2016, 157/2017, 220/2017 (con eventuali riproporzionamenti nei casi di budget 2016 assegnati pro-rata) ridotti del 3,5%;
- i dati stimati 2017-2018 del ticket e quota ricetta, risultato dell'applicazione delle percentuali di cui alla precedente tabella agli importi complessivi di cui sopra;
- la stima 2017-2018 del netto;

STABILITO che tali importi rappresentano il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017- 2018 - primo semestre 2018 per le prestazioni APA - assegnabili dalle ASL alle strutture insistenti sul proprio territorio erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR;

RIBADITO che le ASL dovranno procedere alla definizione dei livello massimi di finanziamento (Budget) 2017-2018 attribuibile alle singole strutture insistenti sul proprio territorio calcolando sul livello massimo di finanziamento attribuito ad ogni struttura per l'anno



2016 - con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati pro-rata - la percentuale di riduzione del 3,5%;

RIBADITO altresì che le ASL individueranno per ogni struttura i valori del ticket e quota ricetta 2017-2018 stimati applicando, rispettivamente, le percentuali di cui alla precedente tabella sul valore del livello massimo di finanziamento di cui sopra, pervenendo quindi al netto stimato;

TENUTO CONTO

- che la definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017-2018 - primo semestre 2018 per gli APA e gli APA aggiuntivi ex DCA 332/2015 - 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 ASL 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 gli anni 2017-2018 il livello massimo di finanziamento per l'assistenza specialistica ambulatoriale verrà assegnato dalle ASL 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* del D.Lgs 502/1992, 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;

STABILITO, altresì

- che gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;
- che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
- 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 ASL 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 ASL 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, nonché degli effetti derivanti dalla riorganizzazione della rete laboratoristica di cui al soprarichiamato DCA 115/2017;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione/revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca del livello massimo di finanziamento e che quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione/revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

CONFERMATO

- che i budget annuali 2017 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;
- 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;
- che all'erogatore viene riconosciuta la produzione relativa fino al limite massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
- quanto previsto dal DCA 241/2014 rispetto le prestazioni della branca di radioterapia, ivi compreso il riconoscimento della produzione complessivamente erogata, fermo restando il rispetto della normativa vigente;
- 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 ASL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compresa la soprarichiamata verifica del possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura, la verifica della qualità delle prestazioni erogate e la

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

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;

RIBADITO quanto previsto dall'art. 8-*quater*, comma 2, D.Lgs 502/1992;

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 ASL 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 2017-2018*", parte integrante del presente provvedimento;
3. che gli importi di cui al sopracitato allegato si riferiscono, per le prestazioni di Laboratorio analisi, Altra Specialistica e RMN ad ognuna delle annualità anni 2017-2018;
4. che per quanto riguarda le prestazioni APA ed APA aggiuntivi ex DCA U 00332/2015, il sopracitato allegato riporta il livello di finanziamento annuale 2017, mentre il livello di finanziamento 2018, si riferisce al 1° semestre 2018;
5. che il livello di finanziamento delle prestazioni APA aggiuntivi ex DCA U 00332/2015 deve riferirsi esclusivamente alla prestazioni APA indicate per singola struttura dal DCA U 00332/2015 e riportate nel sopracitato DCA U 220/2017 e che, pertanto, le ASL dovranno verificare puntualmente che l'erogazione della quota aggiuntiva si riferisca esattamente alle prestazioni APA di cui al sopracitato DCA U 00332/2015;
6. che le ASL 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 del lordo 2017 – 2018 (budget) della quota ricetta , del ticket e del netto stimati;



8. che tali importi rappresentano il livello massimo di finanziamento per gli anni 2017- 2018 – primo semestre 2018 per le prestazioni APA - assegnabili dalle ASL alle strutture insistenti sul proprio territorio erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR;
9. che le ASL dovranno procedere alla definizione dei livelli massimi di finanziamento 2017/2018 per le singole strutture insistenti sul proprio territorio assegnando ad ogni struttura sul valore del budget assegnato per l'anno 2016 con i provvedimenti aziendali richiamati in premessa e con i decreti commissariali parimenti richiamati - con eventuali riproporzionamenti in caso di budget attribuiti pro-rata - la riduzione del 3,5%;
10. che per quanto riguarda le prestazioni APA la definizione del livello massimo di finanziamento 2018 deve riferirsi al primo semestre 2018, rappresentando pertanto la metà del livello di finanziamento 2017 di cui al precedente punto;
11. di confermare che 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 stimati;
12. che le ASL dovranno stimare il ticket, la quota ricetta e il netto 2017-2018 per singolo soggetto erogatore applicando sugli importi di cui ai precedenti punti 9) e 10) le percentuali stimate di cui al seguente prospetto:

	Laboratorio analisi	Altra specialistica	RMN	APA
Percentuale ticket stimato 2017-2018	16%	10%	9%	3%
Percentuale quota fissa stimata 2017-2018	8%	4%	2%	1%

13. che la definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017 - 2018 (primo semestre 2018 per APA e APA aggiuntivi) 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, nel prendere atto del DCA 216/2017 e dell'intervenuta sentenza del TAR Lazio, sez. III Quater, n 07047 del 15 giugno 2017, la ASL Roma 1 dovrà procedere, per l'anno 2018 ad accantonamento a favore della struttura C.S.S. Mendel rimandandone l'utilizzo alla definizione dei provvedimenti che saranno se del caso assunti;
15. 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 ASL alle strutture insistenti sul proprio territorio, dovranno comprendere anche le prestazioni erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;
16. 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.;
17. 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 502/1992, 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;
18. che gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL, che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;
19. che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle ASLL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
20. che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto deve ritenersi vincolante al singolo profilo assistenziale per il quale è stato assegnato;
21. che le ASL 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;
22. che le ASL 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 assegnati con presente decreto commissariale;
23. che le ASL devono verificare il possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura;
24. 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;
25. 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, nonché degli esiti della riorganizzazione della rete laboratoristica in atto;
26. 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



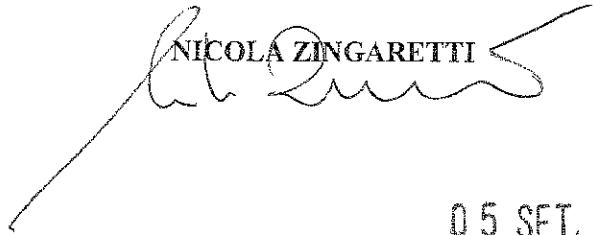
quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del servizio Sanitario regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

27. che i budget annuali 2017 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;
28. 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;
29. 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;
30. 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;
31. che le prestazioni di dialisi non sono soggette a limite massimo delle risorse assegnabili, fermo restando il rispetto della normativa vigente;
32. che, in ogni caso, le ASL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compresa la soprarichiamata verifica del possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura, la verifica della qualità delle prestazioni erogate e la coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate, la coerenza della produzione erogata con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
33. 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;
34. 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;
35. di ribadire quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 2, D.Lgs 502/1992;

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

05 SET. 2017
Roma, li



Allegato livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2017-2018

	Laboratorio Analist				Altra Specialistica			
	Livello di finanziamento 2017-2018	Ticket	Quota Fissa	Netto	Livello di finanziamento 2017-2018	Ticket	Quota Fissa	Netto
ASL								
ROMA 1	35.400.276,71	5.664.044,27	2.832.022,14	26.904.210,30	71.077.627,34	7.107.762,73	2.843.105,09	61.126.759,51
ROMA 2	13.874.859,82	2.219.977,57	1.109.988,79	10.544.893,46	36.679.186,29	3.667.918,63	1.467.167,45	31.544.100,21
ROMA 3	6.303.242,01	1.008.518,72	504.259,36	4.790.463,93	12.567.773,82	1.256.777,38	502.710,95	10.808.285,48
ROMA 4	1.854.859,38	296.777,50	148.388,75	1.409.693,13	1.058.386,97	105.838,70	42.335,48	910.212,79
ROMA 5	3.926.122,29	628.179,57	314.089,78	2.983.852,94	8.657.376,14	865.737,61	346.295,05	7.445.343,48
ROMA 6	3.724.095,01	595.855,20	297.927,60	2.830.312,21	8.441.641,04	844.164,10	337.665,64	7.259.811,30
VITERBO	1.656.642,50	265.062,80	132.531,40	1.259.048,30	1.407.556,27	140.735,63	56.302,25	1.210.498,39
RIETI	864.386,70	138.501,87	69.150,94	656.933,89	556.142,65	55.614,27	22.245,71	478.282,68
LATINA	3.933.064,17	629.290,27	314.645,13	2.989.128,77	4.755.936,36	475.593,64	190.237,45	4.090.105,27
FRUSINONE	2.687.118,67	429.938,99	214.969,49	2.042.210,19	1.952.367,79	195.236,78	78.094,71	1.679.036,30
TOTALE	74.224.667,26	11.875.946,76	5.937.973,38	56.410.747,12	147.153.994,66	14.715.399,47	5.886.159,79	126.552.435,41

Allegato " livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2017 - 2018"
Risonanza Magnetica 2017- 2018

ASL	Livello di finanziamento 2017-2018	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	5.921.042,72	532.893,84	118.420,85	5.269.728,02
ROMA 2	4.232.366,06	380.912,94	84.647,32	3.766.805,79
ROMA 3	6.045.173,49	544.065,61	120.903,47	5.380.204,41
ROMA 4	1.215.055,45	109.354,99	24.301,11	1.081.399,35
ROMA 5	5.539.374,14	498.543,67	110.787,48	4.930.042,98
ROMA 6	3.159.743,06	284.376,88	63.194,86	2.812.171,32
LATINA	2.286.162,58	205.754,63	45.723,25	2.034.684,69
FROSINONE	3.831.457,01	344.831,13	76.629,14	3.409.996,74
TOTALE	32.230.374,50	2.900.733,70	644.607,49	28.685.033,30

Allegato " livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2017 - 2018"

APA 2017				
ASL	Livello di finanziamento 2017	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	13.709.976,55	411.299,30	137.099,77	13.161.577,49
ROMA 2	8.271.547,57	248.146,43	82.715,48	7.940.685,67
ROMA 3	4.837.633,12	145.128,99	48.376,33	4.644.127,79
ROMA 4	707.153,26	21.214,60	7.071,53	678.867,13
ROMA 6	2.900.228,35	87.006,85	29.002,28	2.784.219,22
LATINA	1.474.965,41	44.248,96	14.749,65	1.415.966,79
FROSINONE	993.433,30	29.803,00	9.934,33	953.695,97
TOTALE	32.894.937,56	986.848,13	328.949,38	31.579.140,06

APA 01/01/2018 - 30/06/2018				
ASL	Livello di finanziamento 01/01/2018 - 30/06/2018	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	6.854.988,28	205.649,65	68.549,88	6.580.788,75
ROMA 2	4.135.773,79	124.073,21	41.357,74	3.970.342,84
ROMA 3	2.418.816,56	72.564,50	24.188,17	2.322.063,90
ROMA 4	353.576,63	10.607,30	3.535,77	339.433,57
ROMA 6	1.450.114,18	43.503,43	14.501,14	1.392.109,61
LATINA	737.482,70	22.124,48	7.374,83	707.983,39
FROSINONE	496.716,65	14.901,50	4.967,17	476.847,98
TOTALE	16.447.468,78	493.424,06	164.474,69	15.789.570,03

APA AGGIUNTIVI 2017 EX DCA 332/2015				
ASL	Livello di finanziamento 2017	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	2.432.554,44	72.976,63	24.325,54	2.335.252,26
ROMA 2	446.919,37	13.407,58	4.469,19	429.042,59
ROMA 3	308.050,02	9.241,50	3.080,50	295.728,02
ROMA 4	17.491,59	524,75	174,92	16.791,93
ROMA 6	271.093,18	8.132,80	2.710,93	260.249,46
LATINA	273.941,79	8.218,25	2.739,42	262.984,12
FROSINONE	334.097,48	10.022,92	3.340,97	320.733,58
TOTALE	4.084.147,86	122.524,44	40.841,48	3.920.781,95

APA AGGIUNTIVI 01/01/2018 - 30/06/2018 EX DCA U0332/2015				
ASL	Livello di finanziamento 01/01/2018 - 30/06/2018	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	1.216.277,22	36.488,32	12.162,77	1.167.626,13
ROMA 2	223.459,68	6.703,79	2.234,60	214.521,30
ROMA 3	154.025,01	4.620,75	1.540,25	147.864,01
ROMA 4	8.745,80	262,37	87,46	8.395,96
ROMA 6	135.546,59	4.066,40	1.355,47	130.124,73
LATINA	136.970,89	4.109,13	1.369,71	131.492,06
FROSINONE	167.048,74	5.011,46	1.670,49	160.366,79
TOTALE	2.042.973,93	61.262,22	20.420,74	1.960.390,98

Handwritten signature