

**OGGETTO:** Aggiornamento “Allegato A” del DCA 313/2013 concernente “Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012”. Estensione dell’erogabilità di alcune prestazioni.

## **IL PRESIDENTE IN QUALITA’ DI COMMISSARIO AD ACTA**

### **VISTI:**

- lo statuto della Regione Lazio;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 con la quale il Presidente della Regione Lazio Dott. Nicola Zingaretti 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;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2001, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4, e successive modifiche e integrazioni;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2, e successive modifiche e integrazioni;
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n.13;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 concernente l’approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie, con il quale è stato avviato, tra l’altro, il procedimento di accreditamento definitivo;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 che modifica e integra il Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010;
- la Legge Regionale 14 luglio 2014, n. 7 e, in particolare, l’art. 2, commi da 73 a 80;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 271 del 5/6/2018 concernente “*Conferimento dell’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1. Approvazione schema di contratto*” con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria al Dott. Renato Botti;
- la Legge regionale n. 7 del 22.10.2018, art. 69;

### **VISTI altresì:**

- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., concernente “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”;
- il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e s.m.i.;
- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, come modificato dal DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15);
- il decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996;
- il decreto legge n. 95 del 2012 art. 15 comma 15;

### **CONSIDERATO che:**

- l’accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 definisce i criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa;
- l’articolo 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002 dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le Regioni provvedano all’attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva

- dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato;
- l'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
  - l'articolo 1, comma 282 della suddetta legge n. 266/2005, nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della salute;
  - il comma 5 dell'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge n. 326 del 2003 e successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'economia e delle finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo 2008 ha introdotto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in attuazione di quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;
  - l'Intesa siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;

**VISTA** la Legge Regionale n. 6 del 22 aprile 2011, all'art. 5, prevede che *“1. Al fine di contribuire a ridurre i tempi di attesa e rendere efficace il controllo e la trasparenza nell'erogazione dei servizi, le strutture accreditate provvedono a mettere a disposizione del sistema RECUP regionale le agende delle prestazioni entro il 31 dicembre 2011, sulla base di un regolamento regionale da adottarsi da parte della Giunta regionale. 2. La mancata messa a disposizione del sistema RECUP regionale delle agende delle prestazioni costituisce criterio di valutazione per la conferma dell'accreditamento”*;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 28 ottobre 2013, n. U00437 - Piano regionale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2013-2015;

**VISTO** il Regolamento regionale 22 luglio 2014 n. 20 “Modalità di integrazione nel sistema di prenotazione unico regionale (ReCUP) delle agende delle prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private e/o classificate accreditate istituzionalmente (Legge regionale 22 aprile 2011 n. 6)”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta 11 aprile 2016, n. U00109, recante “Adozione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili per l'avvio delle prescrizioni dematerializzate su tutto il territorio della Regione Lazio” e la successiva Determinazione dirigenziale della Direzione Salute e Politiche sociali n. G06886 del 16 giugno 2016 “Approvazione della versione aggiornata del Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche prescrivibili”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00110 dell'11 aprile 2017 relativo a “Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2016-2018. Aggiornamento del Piano regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l'individuazione degli Ambiti di garanzia. Progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa” che ha individuato un Set di “Prestazioni Critiche” per cui si rende necessario aumentare la disponibilità dell'offerta che si andrà a sommare a quella attuale per soddisfare la domanda giornaliera e per anticipare gli appuntamenti già prenotati a partire dalle attese maggiori;

**RITENUTO** pertanto necessario avviare una fase di sperimentazione, prevedendo interventi mirati per ricondurre i tempi di attesa entro i limiti posti dai Piani regionali e nazionali, di alcune

prestazioni individuate all'interno del Set di "Prestazioni Critiche" di Specialistica Ambulatoriale, con particolare riferimento agli esami di diagnostica strumentale, prevedendo l'erogabilità degli stessi anche da parte di soggetti privati accreditati e contrattualizzati con il SSR;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00313 del 4 luglio 2013 con il quale è stato approvato il Nomenclatore Regionale per le prestazioni di assistenza specialistica e il relativo Tariffario di cui al D.M. 18 ottobre 2012, come risulta dall'allegato "A", nonché sono state dettate le condizioni di erogabilità delle prestazioni;

**CONSIDERATO** che l'"Allegato A" contiene il campo "Tipo" nel quale sono riportati simboli di esclusivo utilizzo regionale, per contraddistinguere le prestazioni erogabili esclusivamente nelle strutture pubbliche (D, E) da quelle erogabili anche nelle strutture private accreditate (B e C);

**RITENUTO** pertanto necessario aggiornare l'"Allegato A" del Nomenclatore Tariffario Regionale per la Specialistica Ambulatoriale approvato con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00313 del 4 luglio 2013, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale riportate nella Tabella sottostante, per le quali è necessario estendere l'erogabilità anche alle strutture private, accreditate per le specifiche Branche e contrattualizzate con il SSR, prevedendo la modifica nel campo "Tipo" da E a C:

Codice	Prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale	Tipo	Branca	Branca	Branca	Tariffa
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	C	69	61	19	28,41
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	C	08			60,43
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	C	69			35,89
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	C	69			21,17
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	C	69	58		43,90
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	C	69			32,02
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	C	69	58		60,43
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	C	37			30,99

**VISTO** il DCA n. 249 del 3 luglio 2017, avente ad oggetto: "Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.lgs. 502/92 e s.m.i. – Revisione parziale dello schema di accordo/contratto di cui al DCA n. 324/2015 e 555/2015";

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00390 del 5 settembre 2017 che ha definito il 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 ed ha assegnato alle ASL il compito di definire i budget degli erogatori del proprio territorio esercitando la funzione di committenza aziendale;

**STABILITO** che il presente provvedimento deve intendersi ad invarianza di budget per l'erogatore che ha l'obbligo di mettere a disposizione le proprie agende nei tempi e nei modi previsti dalla normativa vigente anche per le prestazioni testé elencate, assumendo come riferimento il volume indicato dai Direttori Generali, frutto della programmazione dagli stessi effettuata;

**STABILITO** di dare mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria per l'attuazione di tutti gli interventi di cui presente provvedimento;

### **DECRETA**

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

- di aggiornare l'“Allegato A” del Nomenclatore Tariffario Regionale per la Specialistica Ambulatoriale approvato con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00313 del 4 luglio 2013 relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale riportate nella Tabella sottostante, per le quali è estesa l'erogabilità alle strutture private, accreditate nelle relative branche e contrattualizzate con il SSR, prevedendo la modifica nel campo “Tipo” da E a C:

<b>Codice</b>	<b>Prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale</b>	<b>Tipo</b>	<b>Branca</b>	<b>Branca</b>	<b>Branca</b>	<b>Tariffa</b>
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	C	69	61	19	28,41
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	C	08			60,43
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	C	69			35,89
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	C	69			21,17
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	C	69	58		43,90
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	C	69			32,02
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	C	69	58		60,43
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	C	37			30,99

- che il presente provvedimento deve intendersi ad invarianza di budget per l'erogatore che dovrà mettere a disposizione le proprie agende anche per le prestazioni testé elencate nei tempi e nei modi previsti dalla normativa vigente, assumendo come riferimento il volume indicato dai Direttori Generali, frutto della programmazione dagli stessi effettuata;
- di dare mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria per l'attuazione di tutti gli interventi di cui al presente provvedimento.

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) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

**NICOLA ZINGARETTI**

