

OGGETTO: Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 relativo all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato. Direttive alle ASL.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-Regioni;
- l'articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il DCA n. 52 del 22 febbraio 2017, avente ad oggetto: "Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale";

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 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 DGR del 5 giugno 2018, n. 271 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al dott. Renato Botti;
- la Direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 33759;
- la Determinazione G07633 del 13 giugno 2018, recante: "Istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 337598";

VISTI, per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e s.m.i.;
- il D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.;
- il D.Lgs 21 dicembre 1999 n. 517 e s.m.i.;
- il D.Lgs 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 Legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i.;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- l'articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- 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";
- 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* che prevede quale costo annuale per l'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato il valore consuntivato 2014 ridotto di almeno l'1%;
- l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 10 luglio 2014, rep. n. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014-2016;
- il DPCM 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- la Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4, concernente "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali";
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007 n. 2;
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007 n. 13;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, 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-*quinqües*"*;
- l'art. 8-*quater*, comma 8, secondo cui, *"in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-*quinqües*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale"*;
- l'art. 8-*quinqües*, comma 2, che disciplina la stipula dei 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, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8-*quinqües*, comma 2, lettera d);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d),

prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),omissis....(art. 8-quinquies, comma 2, lettera e- bis);

- l'art. 8-quinquies, comma 2-*quater*, il quale prevede che: *“Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico [omissis] e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio... omissis”*;
- l'art 8-quinquies, comma 2-*quinquies*, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*;

VISTI i provvedimenti amministrativi relativi alla riorganizzazione della Rete Laboratoristica:

- DCA n. 115 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»*”, che ha previsto, tra l'altro, che il laboratorio accreditato sotto soglia, al fine di continuare ad operare per il SSR, può aderire ad aggregazioni che prevedano l'effettuazione dell'attività analitica presso uno o più laboratori, individuando, per la contrattualizzazione, un unico soggetto quale esclusivo interlocutore della Regione;
- Determinazione n. G17634 del 27 dicembre 2018, che in esito al citato percorso, ha approvato l'elenco delle aggregazioni costituite ai sensi del DCA 115/2017 nonché l'elenco dei laboratori autonomi;

VISTI i provvedimenti amministrativi relativi all'abbattimento delle liste di attesa per le cosiddette “prestazioni critiche”:

- DCA n. 110 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, al fine di rispondere alle esigenze dei cittadini, aumentare la disponibilità dei punti di offerta;
- DCA n. 152 del 30 aprile 2019 con il quale è stato recepito il nuovo *“Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”*, con il quale la Regione si è impegnata all'adozione del proprio piano di contrasto alle liste d'attesa ed alla attuazione di azioni correttive mirate al contenimento dei tempi di attesa in particolare rispetto alle prestazioni di specialistica ambulatoriale definite “critiche” (Allegato 1) distinte in:

- n. 14 prime visite specialistiche;
- n. 36 esami diagnostici;
- n. 19 altri esami specialistici;

VISTI i provvedimenti amministrativi relativi all'implementazione delle agende digitali:

- DCA n. 249 del 3 luglio 2017 recante *“Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. - Revisione parziale dello schema di accordo/contratto di cui al DCA n. 324/2015 e 555/2015”*;
- DCA n. 231 del 8 giugno 2018 avente ad oggetto *“Modifica dell'art. 8, comma 9. dell'accordo/contratto di budget 2017/2018, ex art. 8-quinquies D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. approvato con DCA U00249 del 3 luglio 2017 per differimento del termine per l'implementazione delle Agende digitali”*;
- DCA n. 513 del 24 dicembre 2018 relativo a *“Disposizioni sull'applicazione dell'art. 8, comma 9, dell'accordo/contratto di budget 2017/2018, ex art. 8-quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., approvato con DCA U00249 del 3 luglio 2017 per l'anno 2018 e differimento del medesimo termine per l'implementazione delle Agende digitali e s.m.i. per l'anno 2019 da parte delle strutture erogatrici di altra specialistica e delle strutture comprese nel percorso «extra-ordinem»”*;

VISTI i provvedimenti amministrativi relativi ai controlli da effettuare sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale:

- DCA n. 218 del 8 giugno 2017 recante *“Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 26 marzo 2012, n. 40”*;
- DCA n. 509 del 20 dicembre 2018 recante *“Revisione del Decreto del Commissario ad Acta n. U00218 del 8 giugno 2017, avente ad oggetto «Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 26 marzo 2012, n. 40»”*;

VISTI i provvedimenti amministrativi relativi al pannello delle prestazioni erogabili e alle tariffe applicate, nonché alle modalità di erogazione delle prestazioni in APA:

- DCA n. 313 del 4 luglio 2013 recante *“Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale (D.M. 18/10/2012)”*;
- DCA n. 241 del 18 luglio 2014 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”*, che ha previsto, tra l'altro, di estendere la possibilità di erogare le prestazioni della branca di radioterapia alle strutture private e accreditate (ambulatori e case di cura), esclusivamente per percorsi clinico assistenziali dedicati direttamente al trattamento della malattia neoplastica, nonché l'indicazione che alle suddette prestazioni in regime ambulatoriale venga riconosciuta la produzione complessivamente erogata;
- DCA n. 332 del 13 luglio 2015 recante *“Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post-acuzie)”*, con il quale sono stati individuati una serie di DRG da trasferire in regime ambulatoriale (APA) nonché l'elenco delle strutture di ricovero coinvolte dal processo di deospedalizzazione;
- DCA n. 215 del 15 giugno 2016 recante *“Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici - Disciplina*

transitoria”, con il quale sono stati definiti i requisiti per l’erogazione delle prestazioni in accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA);

- DCA n. 254 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»*”;
- DCA n. 273 del 4 luglio 2018 recante “*Modifiche e integrazioni al Decreto del Commissario ad Acta n. U00215 del 15.6.2016, come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00254 del 4.7.2017, concernente «Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici – Disciplina transitoria»*”;
- DCA n. 488 del 7 dicembre 2018 recante “*Sospensione, ai sensi dell’art. 21 quater, comma 2, della legge 241/1990 e s.m.i., del Decreto del Commissario ad Acta n. U00540 del 13 dicembre 2017, come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00227 del 5 giugno 2018, concernenti «Riordino delle attività di Chirurgia ambulatoriale» e del Decreto del Commissario ad Acta n. U00215 del 15 giugno 2016, come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00254 del 4 luglio 2017 e dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00273 del 4 luglio 2018 concernenti «Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.)»*”;
- DCA n. 48 del 1 febbraio 2019 recante “*Aggiornamento «Allegato A» del DCA 313/2013 concernente «Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012»*”, che ha previsto l’estensione dell’erogabilità di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare le ecografie, anche alle strutture private accreditate in possesso dell’autorizzazione ed accreditamento per la branca Diagnostica per Immagini;
- DCA n. 120 del 27 marzo 2019 “*Nuove disposizioni in materia di Medicina Nucleare*”, con il quale è stato aggiornato l’Allegato A del Nomenclatore Tariffario Regionale per la specialistica ambulatoriale, introducendo la possibilità anche per le strutture private accreditate per la branca Medicina Nucleare dotate di macchinario PET-TC, di erogare le prestazioni PET e PET-TC in regime di accreditamento;
- DCA n. 35 del 28 gennaio 2019 di “*Riordino delle attività di Chirurgia ambulatoriale*”, con il quale, tra le altre cose, è stata disposta l’eliminazione dal Nomenclatore Tariffario Regionale della Branca 80 – chirurgia ambulatoriale, riconducendo le prestazioni precedentemente afferenti a tale branca alle singole discipline di riferimento ed ha ridefinito i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per due setting assistenziali (PC1 e PC2), fissando il termine per l’adeguamento al 31 ottobre 2019; fatto salvo quanto previsto dalla “*disciplina transitoria*” per le strutture con posti letto per acuti;

VISTI i provvedimenti relativi alla spending review che hanno stabilito il livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale:

- Legge 125 del 6 agosto 2015, secondo la quale nell’anno 2019 il costo complessivo per l’acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato accreditato corrisponde al valore del consuntivato 2014 ridotto dell’1% per un importo complessivo pertanto pari ad euro 365.636.000;

VISTI i provvedimenti amministrativi relativi alla spesa per acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato, nonché ai livelli massimi di finanziamento assegnati per l'esercizio 2018:

- DCA n. 52 del 22 febbraio 2017 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, ha confermato per gli anni 2016-2018, in applicazione della Legge 125 del 6 agosto 2015, quale costo per l'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato, il valore del consuntivato 2014 ridotto dell'1%;
- DCA n. 390 del 5 settembre 2017 di *“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”*, con cui, in continuità con gli interventi dei programmi operativi 2016-2018:
 - è stata confermata la funzione di committenza in capo alle ASL con il compito di definire i tetti di spesa per singolo soggetto erogatore secondo i criteri indicati nel medesimo provvedimento;
 - è stato attribuito alle ASL il livello di finanziamento per ognuna delle annualità 2017/2018 della specialistica ambulatoriale soggetta a tetto nella misura dei budget complessivamente assegnati nell'anno 2016 ridotti del 3,5%;
- DCA n 315 del 6 settembre 2018 di *“Integrazione DCA 390 del 5 settembre 2017 – livello di finanziamento APA II semestre 2018 – Intera annualità 2018”*;

PRESO ATTO delle deliberazioni aziendali con cui le ASL hanno provveduto all'assegnazione dei livelli massimi di finanziamento 2017 - 2018 alle strutture di propria afferenza, secondo i criteri indicati nel sopra citato provvedimento:

- ASL RM 1 - Delibere n. 132 del 9/2/2018, n. 1002 del 12/10/2018;
- ASL RM 2 - Delibere n. 2069 del 10/11/2017, n. 1950 del 19/10/2017, n. 1861 del 5/10/2018;
- ASL RM 3 - Delibera n. 757 del 29/9/2017, n. 794 del 22/10/2018;
- ASL RM 4 – Delibere n. 1719 del 23/11/2017, n. 1508 del 24/9/2018, n. 1898 del 27/11/2018;
- ASL RM 5 - Delibera n. 706 del 29/9/2017;
- ASL RM 6 - Delibera n. 753 del 5/10/2017, n. 879 del 5/10/2018, n. 950 del 18/10/2018, n. 982 del 25/10/2018 e n. 1023 del 16/11/2018;
- ASL VITERBO - Delibera n. 1956 del 31/10/2017;
- ASL RIETI - Delibera n. 581 del 31/10/2017;
- ASL LATINA - Delibera n. 814 del 24/11/2017, n. 1151 del 21/12/2018;
- ASL FROSINONE - Delibere n. 2076 del 24/11/2017, n. 2153 del 4/12/2017, n. 2063 del 21/12/2018, n. 151 del 23/1/2019;

VISTI i provvedimenti con cui sono state approvate le modalità provvisorie di erogazione in acconto per le prestazioni erogate nell'esercizio 2019:

- DCA n. 515 del 24 dicembre 2018 recante *“Acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato – Modalità provvisorie di erogazione per il primo trimestre 2019 – Contratto di budget ex DCA n. U00249 del 03 luglio 2017”*;
- DCA n. 149 del 19 aprile 2019 recante *“Acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato – Modalità provvisorie di erogazione in acconto per le prestazioni erogate nelle mensilità da gennaio a maggio 2019 – Contratto di budget ex DCA n. U00249 del 03 luglio 2017 – integrazione al DCA n. 515/2018”*;

TENUTO CONTO dei valori di budget 2018 assegnati complessivamente dalle ASL alle strutture insistenti sui rispettivi territori relativi all'acquisto di prestazioni soggette al tetto ovvero: laboratorio analisi, altra specialistica (prestazioni diagnostiche, visite, prestazioni terapeutiche/riabilitative), risonanza magnetica e APA;

TENUTO CONTO del consuntivato 2018 delle prestazioni soggette a tetto, nonché dei dati 2018 relativi all'acquisto di prestazioni non soggette a tetto ovvero: dialisi, radioterapia e prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di emergenza ed urgenza; dati economici disponibili nell'Area di condivisione gestita dall'Area Sistemi informativi/ICT della Direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria;

RILEVATO che dall'esame dei dati 2018, emerge che l'attività di specialistica ambulatoriale soggetta a tetto è rimasta sostanzialmente stabile mentre l'attività non soggetta a tetto ha subito un ulteriore incremento che rende necessaria anche per il 2019 una manovra aggiuntiva correttiva per riportare i valori entro i limiti fissati dalla legge 135/2015 (valore del consuntivato 2014 ridotto di almeno l'1%);

ATTESO che le risorse 2019 destinate alle prestazioni ambulatoriali di radioterapia, dialisi, nonché alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime di emergenza ed urgenza, non sono soggette ai vincoli del tetto di spesa ma ad esse è riconosciuta la produzione complessivamente erogata;

DATO ATTO che con nota prot. n. 241778 del 28/03/2019 inviata ai Ministeri affiancanti, la Regione ha trasmesso - per la verifica - la proposta di Programma Operativo 2019-2021, nella quale sono confermate le manovre di contenimento della spesa per il settore della specialistica ambulatoriale determinate dagli obblighi assunti con il piano di rientro nonché dall'entità delle risorse massime disponibili ai sensi della legge 135/2015;

VISTA la comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 Legge 241/1990 e s.m.i. di cui alla nota prot. n. 0314706 del 19/04/2019 trasmessa a tutte gli attori coinvolti, riscontrata con osservazioni dalle Associazioni di categoria ARIS, A.I.O.P., UNINDUSTRIA, ANISAP, nonché dagli Ospedale Gemelli, Campus e San Carlo, agli atti della Direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria;

STABILITO che, per effetto delle richiamate disposizioni, il livello massimo di finanziamento 2019, per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a tetto di spesa (laboratorio analisi e specialistica, RMN e APA) è pari al livello contrattualizzato da ogni singola ASL per l'anno 2018 a cui è applicata una riduzione lineare del 6%;

STABILITO che il livello massimo di finanziamento deve intendersi al lordo del ticket e della quota ricetta, con evidenza del ticket, della quota ricetta e del netto stimato e che l'incidenza percentuale previsionale a livello regionale per ogni linea di attività stimata sui dati di attività 2018 è la seguente:

Tipologia	Laboratorio analisi e Altra Specialistica	Altra specialistica – budget dedicato –	RMN	APA
Percentuale ticket stimato	11%	11%	9%	3%
Percentuale quota fissa stimata	5%	5%	2,5%	1%

STABILITO che il livello di finanziamento per le prestazioni APA è assegnato esclusivamente alle strutture individuate dal DCA 332/2015 in possesso dei requisiti di cui al DCA 215/2016 e che le ASL hanno il compito di verificare puntualmente che l'erogazione di tali prestazioni sia coerente con il profilo individuato dal DCA 332/2015;

STABILITO che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni di risonanza magnetica si riferisce a strutture per cui risulta individuata dal titolo autorizzativo e di accreditamento la fascia del macchinario e il numero di prestazioni erogabili;

TENUTO CONTO dell'Ordinanza del TAR n. 01966/2019 sul ricorso R.G. n. 1966/2019, in merito alla quale è necessario che la ASL RM 4 disponga l'accantonamento delle somme relative alle prestazioni di risonanza magnetica per la struttura di che trattasi in attesa del pronunciamento di merito del TAR;

RITENUTO inoltre che la ASL RM 6, in esito alla sentenza del TAR del Lazio n. 05191/2019, sul ricorso n. 840/2018, disponga l'accantonamento delle somme relative alle specifiche prestazioni APA per la struttura di che trattasi;

RITENUTO altresì che con il DCA n. 95 del 22 marzo 2017 recante: *“Modifica ed integrazione del DCA n. U00001/2015 e del successivo DCA n.360/2015 relativo al CDR Villa Santa Margherita, sito in via Bertina, 13, Montefiascone gestito dalla Fondazione Luigi Maria Monti (P.IVA 13326621003), sede legale Vicolo del Conte, 2, Roma”* la struttura in oggetto è stata riaccreditata per le branche di neurologia e medicina fisica che erano state soppresse a seguito di mero errore materiale;

RITENUTO che, in esito al capoverso precedente, è necessario prevedere per la ASL di Viterbo, un incremento del livello massimo di finanziamento per il 2019, per l'adeguamento del budget della struttura;

STABILITO che le ASL, nell'ambito della funzione di committenza, hanno la facoltà di procedere, tenuto conto del livello massimo di finanziamento assegnato dall'Amministrazione regionale, ad attribuire il budget anche a nuove strutture accreditate, rimodulando il livello massimo tra tutti gli erogatori dello stesso settore, purché la scelta sia supportata da elementi di oggettiva valutazione del fabbisogno assistenziale del territorio, della tutela della salute nonché di eventuali risparmi di spesa, che andranno riportati puntualmente nell'atto deliberativo della ASL;

CONSIDERATO che, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, è stata condotta una rilevazione sui volumi e sui valori relativi all'erogazione delle prestazioni critiche nel corso del 2018 da parte delle Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici universitari non statali, dalla quale è emerso che, a fianco dell'offerta pubblica, il contributo dei soggetti privati accreditati nel corso del 2018 ha notevolmente contribuito al miglioramento del problema dei tempi di attesa;

STABILITO pertanto che la Regione intende proseguire nella manovra di miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale anche per il triennio 2019-2021, adottando ulteriori misure per implementare l'offerta anche da parte del privato accreditato al fine di ricondurre i tempi entro valori fisiologici e contrastare efficacemente il fenomeno della mobilità passiva;

PRESO ATTO del volume, nonché del valore delle prestazioni critiche (così come definite nell'*Allegato 1 - Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche*) erogate da Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici universitari non statali nell'anno 2018 (Sistema informativo QUASIAS) e, ritenuto che, anche per l'anno 2019, sia necessario salvaguardare lo stesso livello, vincolando per le citate strutture la produzione di tali prestazioni ad un budget "dedicato" nell'ambito del livello massimo di finanziamento nell'area *Altra Specialistica e Laboratorio analisi*;

STABILITO che il budget "dedicato" all'esecuzione delle prestazioni critiche corrisponda al 25% del valore di produzione lorda per le prestazioni critiche erogate dalle stesse strutture nell'anno 2018 e che tale budget abbia valenza dal 01/07/2019 al 31/12/2019, tenuto conto della decurtazione del 6% rispetto al budget assegnato nell'anno 2018;

RITENUTO che, per le Case di Cura che nel corso dell'anno 2018 non hanno erogato prestazioni critiche benché ne avessero titolo, verrà assegnato un budget "dedicato" corrispondente al 10% del budget 2019;

STABILITO che, per le sole strutture che hanno sottoscritto nell'anno 2018 un contratto di budget specifico per le prestazioni di RMN, il budget "dedicato" alle prestazioni critiche non può essere eroso dalle prestazioni di RMN;

STABILITO che, per l'area *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi*, il livello massimo di finanziamento 2019 per le Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati, Policlinici Universitari non statali, sarà composto da un budget "dedicato" a garanzia del livello minimo per l'esecuzione delle prestazioni critiche e da un budget "indistinto" per l'esecuzione di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale comprese quelle afferenti la branca 00 – Laboratorio di analisi;

STABILITO inoltre che agli ambulatori territoriali con annesso il laboratorio di analisi, non sarà assegnato per l'anno 2019 un budget "dedicato" alle prestazioni critiche;

STABILITO inoltre che:

- per gli ambulatori territoriali con annesso il laboratorio di analisi che hanno aderito ad aggregazioni, sottoscrivendo per l'annualità 2018 il contratto in forma aggregata per il tramite del rappresentante legale dell'aggregazione, non sarà assegnato un budget "indistinto", ma (come per gli anni pregressi) un budget per *Altra Specialistica* e uno per *Laboratorio Analisi*; ciò al fine di salvaguardare il processo di riorganizzazione della medicina di laboratorio approvato con il DCA 115/2017;
- per gli ambulatori territoriali con annesso il laboratorio di analisi che non hanno aderito ad aggregazioni ai sensi del DCA 115/2017, sarà assegnato un budget "indistinto" per l'esecuzione

di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale comprese quelle afferenti la branca 00 – Laboratorio di analisi;

STABILITO pertanto che le ASL dovranno assegnare il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 secondo il seguente schema:

Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari non statali:

- Budget *RMN* e *APA* valore assegnato nel 2018, decurtato del 6%;
- Budget *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi* assegnato nel 2018, decurtato del 6%, distinto tra:
 - budget “dedicato”, con decorrenza dal 01.07.2019 al 31.12.2019, pari al 25% del valore di produzione lorda erogata nell'anno 2018 dalle strutture per prestazioni critiche, ovvero budget “dedicato”, con decorrenza dal 01.07.2019 al 31.12.2019, pari al 10% del budget assegnato nell'anno 2019 per le strutture che non hanno erogato prestazioni critiche pur avendone titolo;
 - budget “indistinto” per *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi* con decorrenza dal 01.01.2019 al 31.12.2019;

Strutture territoriali ambulatoriali che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN* valore assegnato nel 2018, decurtato del 6%;
- Budget *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi* “indistinto” assegnato nel 2018, decurtato del 6%;

Strutture territoriali ambulatoriali che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN* valore assegnato nel 2018, decurtato del 6%;
- Budget *Laboratorio Analisi* assegnato nel 2018 decurtato del 6%;
- Budget *Altra Specialistica* assegnato nel 2018 decurtato del 6%;

STABILITO che, per le Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari non statali, in sede di remunerazione, qualora il budget “indistinto” di *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi* non sia stato completamente utilizzato e qualora le prestazioni critiche abbiano eroso completamente il budget “dedicato”, sarà utilizzata la parte disponibile del budget “indistinto” per la remunerazione delle prestazioni critiche; viceversa non sarà possibile remunerare prestazioni non critiche con il budget “indistinto” eventualmente disponibile;

RITENUTO di precisare che le strutture territoriali ambulatoriali, ancorché non soggette al budget “dedicato” devono comunque concorrere, in un'ottica di miglioramento organizzativo di sistema, a rimodulare complessivamente la propria offerta nell'ambito del budget assegnato, dando priorità all'esecuzione delle prestazioni critiche nelle branche per cui sono accreditati, rispetto ad altre prestazioni, per le quali non sono registrati particolari disagi nei tempi di attesa;

CONSIDERATO peraltro che la Regione intende proseguire il percorso di miglioramento delle tempistiche di erogazione delle prestazioni critiche per il biennio 2020-2021, prevedendo, a partire dal 1 gennaio 2020, l'introduzione di un budget “dedicato” anche per le strutture territoriali ambulatoriali, a seguito del monitoraggio trimestrale sulle prestazioni erogate nel corso del 2019;

STABILITO inoltre che a partire dal 1 gennaio 2020, il budget “dedicato” corrisponderà almeno al 110% della produzione lorda per le prestazioni critiche erogate da Case di Cura, Ospedali

Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari non statali nel corso del 2019, a prescindere dal livello di finanziamento per il 2020;

STABILITO altresì che le strutture territoriali, a cui non è stato assegnato un budget dedicato nel corso del 2019, saranno tenute all'esecuzione delle prestazioni critiche con budget "dedicato" che corrisponderà almeno al 10% del budget assegnato nel 2019 a prescindere dal livello di finanziamento per il 2020;

RITENUTO di approvare l'**Allegato 1 - Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche** che è parte integrante del presente provvedimento, che comprende l'elenco delle prestazioni suddivise in prime visite specialistiche e esami diagnostici, codice del Nomenclatore regionale e codice branca;

RITENUTO di approvare l'**Allegato 2 - Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2019**, che è parte integrante del presente provvedimento, che contiene le Tabelle distinte per aree, relative al livello massimo di finanziamento per ASL per l'acquisto delle prestazioni di Specialistica ambulatoriale soggette a tetto;

STABILITO:

- che le ASL, nell'esercizio della propria funzione di committenza, devono definire con successivo provvedimento, i tetti di spesa (budget) per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per singolo erogatore afferente al proprio ambito territoriale, secondo i limiti e le modalità indicati nel presente provvedimento (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati pro-rata temporis) e tenendo conto degli eventuali accantonamenti dovuti a fattispecie in corso di definizione giudiziaria;
- che le ASL devono procedere al perfezionamento del provvedimento amministrativo per la definizione del livello massimo di finanziamento **entro 30 giorni** dall'approvazione del presente provvedimento;
- che le ASL devono trasmettere alla Regione Lazio il provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento **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;
- che i livelli massimi di finanziamento assegnati alle ASL 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 tali prestazioni;
- che le prestazioni possono essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-*quinquies* del D. Lgs 502/1992 e s.m.i.;
- che gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL che definiscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura 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 in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale di cui al presente decreto può in ogni caso subire delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione e/o contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione/revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca del livello massimo di finanziamento e che quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione/revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
- che i budget annuali 2019 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 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;

DECRETA

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

- di stabilire che il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato per l'anno 2019 corrisponde al livello massimo di finanziamento 2018 contrattualizzato da ogni singola ASL, a cui è applicata una riduzione lineare del 6%;
- di assegnare il livello massimo di finanziamento ad ogni singola ASL per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale distinte nelle seguenti aree:
 - *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi* (budget "indistinto");
 - *Altra Specialistica* (budget "dedicato" a prestazioni critiche di cui all'**Allegato 1**);
 - *RMN*;
 - *APA*;
- di approvare l'**Allegato 1** - *Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche*, che è parte integrante del presente provvedimento, che comprende l'elenco delle prestazioni critiche suddivise in prime visite specialistiche ed esami diagnostici e strumentali, codice del Nomenclatore regionale e codice branca;
- di approvare l'**Allegato 2** - *Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2019*, che è parte integrante del presente provvedimento, che contiene le Tabelle distinte per aree, relative al livello massimo di finanziamento per ASL per l'acquisto delle prestazioni di Specialistica ambulatoriale soggette a tetto;
- che, per l'area *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi*, il livello massimo di finanziamento 2019 per Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari non

statali, è composto da un budget “dedicato” a garanzia del livello minimo per l’esecuzione delle prestazioni critiche e da un budget “indistinto” per l’esecuzione di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, comprese quelle afferenti la branca 00 – Laboratorio di analisi;

- che il budget “dedicato” corrisponda al 25% del valore di produzione lorda delle prestazioni critiche erogate dalle stesse strutture nell’anno 2018 e che tale budget abbia valenza dal 01/07/2019 al 31/12/2019, tenuto conto della decurtazione del 6% rispetto al budget assegnato nell’anno 2018;
- che per le Case di Cura, che nel corso dell’anno 2018 non hanno erogato prestazioni critiche benché ne avessero titolo, il budget “dedicato” corrisponderà al 10% del budget 2019;
- che per le sole strutture che hanno sottoscritto nell’anno 2018 un contratto di budget specifico per le prestazioni di RMN, il budget “dedicato” alle prestazioni critiche non può essere eroso dalle prestazioni di RMN;
- che per gli ambulatori territoriali con annesso il laboratorio di analisi, per l’anno 2019 non potrà essere assegnato un budget “dedicato” alle prestazioni critiche;
- che per gli ambulatori territoriali con annesso il laboratorio di analisi che hanno aderito ad aggregazioni, sottoscrivendo per l’annualità 2018 il contratto in forma aggregata per il tramite del rappresentante legale dell’aggregazione, non potrà essere assegnato un budget “indistinto”, bensì (come per gli anni pregressi) un budget per *Altra Specialistica* e uno per *Laboratorio Analisi*; ciò al fine di salvaguardare il processo di riorganizzazione della medicina di laboratorio approvato con il DCA 115/2017;
- che per gli ambulatori territoriali con annesso il laboratorio di analisi che non hanno aderito ad aggregazioni ai sensi del DCA 115/2017, potrà essere assegnato un budget “indistinto” per l’esecuzione di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale comprese quelle afferenti la branca 00 – Laboratorio di analisi;
- che per le Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari non statali, qualora in sede di remunerazione il budget “indistinto” di *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi* non sia stato completamente utilizzato e qualora le prestazioni critiche abbiano eroso completamente il budget “dedicato”, potrà essere utilizzata la parte disponibile del budget “indistinto” per la remunerazione delle prestazioni critiche; viceversa, non sarà possibile remunerare prestazioni non critiche con il budget “indistinto” eventualmente disponibile;
- che le strutture territoriali ambulatoriali, seppure per l’anno in corso non siano soggette al limite del budget “dedicato”, devono comunque concorrere, in un’ottica di miglioramento organizzativo di sistema, a rimodulare complessivamente la propria offerta nell’ambito del budget “indistinto” per *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi*, prevedendo la priorità nell’esecuzione delle prestazioni critiche, compatibilmente con il profilo di accreditamento, rispetto ad altre prestazioni per le quali non sono registrati particolari disagi nei tempi di attesa;

- che a partire dal 1 gennaio 2020, il budget “dedicato” corrisponderà almeno al 110% della produzione lorda per le prestazioni critiche erogate da Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari non statali nel corso del 2019, a prescindere dal livello di finanziamento per il 2020;
- che le strutture territoriali, a cui non è stato assegnato un budget dedicato nel corso del 2019, saranno tenute all’esecuzione delle prestazioni critiche con budget “dedicato” che corrisponderà almeno al 10% del budget assegnato nel 2019 a prescindere dal livello di finanziamento per il 2020;
- di stabilire che il livello massimo di finanziamento in relazione all’attività di specialistica ambulatoriale di cui al presente decreto può, in ogni caso, subire delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione e/o contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;
- di stabilire che qualsiasi provvedimento di sospensione/revoca dell’accreditamento è idoneo a determinare l’automatica sospensione e/o revoca del livello massimo di finanziamento e che quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione/revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
- di stabilire che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL rappresenta limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento (budget) che verrà assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul rispettivo territorio;
- di approvare le seguenti direttive, secondo le quali le ASL:
 - devono procedere alla definizione dei livelli massimi di finanziamento 2019 per ogni singola struttura afferente al proprio ambito territoriale applicando una riduzione lineare del 6% sul livello contrattualizzato per l’anno 2018 (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati pro-rata) e tenendo conto degli eventuali accantonamenti dovuti a fattispecie in corso di definizione anche in sede giudiziaria;
 - devono assegnare il livello massimo di finanziamento per l’anno 2019 nel rispetto del seguente schema:

Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS Privati e Policlinici Universitari non statali:

 - Budget *RMN e APA* valore assegnato nel 2018, decurtato del 6%;
 - Budget *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi* assegnato nel 2018, decurtato del 6%, distinto tra:
 - budget “dedicato”, con decorrenza dal 01.07.2019 al 31.12.2019, pari al 25% del valore di produzione lorda per prestazioni critiche erogata nell’anno 2018 dalle strutture, ovvero budget “dedicato”, con decorrenza dal 01.07.2019 al 31.12.2019, pari al 10% del budget assegnato nell’anno 2019 per le strutture che non hanno erogato prestazioni critiche pur avendone titolo;
 - budget “indistinto” per Altra Specialistica e Laboratorio Analisi con decorrenza dal 01.01.2019 al 31.12.2019;

Strutture territoriali ambulatoriali che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN* valore assegnato nel 2018, decurtato del 6%;
- Budget *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi* “indistinto” assegnato nel 2018, decurtato del 6%;

Strutture territoriali ambulatoriali che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN* valore assegnato nel 2018, decurtato del 6%;
 - Budget *Laboratorio Analisi* assegnato nel 2018 decurtato del 6%;
 - Budget *Altra Specialistica* assegnato nel 2018 decurtato del 6%;
- devono vigilare affinché le strutture territoriali/ambulatoriali concorrano, in un’ottica di miglioramento organizzativo di sistema, a rimodulare complessivamente la propria offerta nell’ambito del budget assegnato, prevedendo la priorità nell’esecuzione di prestazioni critiche compatibilmente con il profilo di accreditamento, rispetto ad altre per cui non sono registrati particolari disagi nei tempi di attesa;
- devono assegnare il livello di finanziamento per singola struttura al lordo del ticket e della quota ricetta, con evidenza del ticket, della quota ricetta e del netto stimato, indicando l’incidenza percentuale previsionale a livello regionale per ogni linea di attività, del ticket e quota ricetta 2019 stimati sui dati di attività 2018, che è la seguente:

Tipologia	Laboratorio analisi e Altra Specialistica	Altra specialistica – budget dedicato –	RMN	APA
Percentuale ticket stimato	11%	11%	9%	3%
Percentuale quota fissa stimata	5%	5%	2,5%	1%

- devono adottare il provvedimento amministrativo relativo all’assegnazione del livello massimo di finanziamento ad ogni singola struttura privata accreditata **entro 30 giorni** dalla notifica del presente provvedimento;
- devono trasmettere alla Regione Lazio (Area Remunerazione, Budget e Contratti) il provvedimento amministrativo relativo all’assegnazione del livello massimo di finanziamento **entro 3 giorni** dalla sua adozione, al fine della verifica del rispetto dei livelli massimi di finanziamento per Azienda Sanitaria Locale di cui al presente decreto commissariale;
- devono assegnare i livelli massimi di finanziamento delle prestazioni APA esclusivamente alle strutture le cui prestazioni APA sono state individuate dal DCA 332/2015, in possesso dei requisiti di cui al DCA 215/2016, con il compito di verificare puntualmente che l’erogazione di tali prestazioni sia coerente con i profili individuati;
- devono assegnare i livelli massimi di finanziamento per le prestazioni di risonanza magnetica esclusivamente alle strutture accreditate per la Branca Diagnostica per Immagini, per cui risulta individuata la fascia di accreditamento del macchinario e il numero di prestazioni erogabili;
- devono assegnare i livelli massimi di finanziamento comprendendo anche le prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e ai cittadini stranieri (comunitari ed

extracomunitari); pertanto, i budget che saranno attribuiti alle strutture, devono ricomprendere anche tali prestazioni;

- devono garantire, a seguito dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento, che gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non superino quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle proprie deliberazioni;
- devono espressamente indicare nel provvedimento di assegnazione del budget, che "i budget annuali 2019 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definiti nei termini sopra indicati devono riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi";
- devono vigilare affinché l'erogatore moduli 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;
- devono riconoscere come remunerabili a carico del SSR solo la produzione erogata fino al limite massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
- devono effettuare le verifiche previste dalla normativa vigente, 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;
- possono, nell'ambito della funzione di committenza, tenuto conto del livello massimo di finanziamento riconosciuto dalla Regione, assegnare il budget anche a nuove strutture accreditate, rimodulando il livello massimo tra tutti gli erogatori dello stesso settore, purché la scelta sia debitamente motivata nel proprio atto deliberativo, esplicitando gli elementi di oggettiva valutazione del fabbisogno assistenziale del territorio e della tutela della salute, anche eventualmente utilizzando economie di spesa.

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

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale ER	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senza e con MDC	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E

32	TC del rachide e dello spaco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolodoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 - 88.77.5

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipctomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1 - 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44 - 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore - Analisi quantitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore - Analisi quantitativa fino a 4 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B

66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo fino a 4 muscoli. Analisi quantitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e Polisonnografia (89.17)	93.08.I	93.08.C
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli.	93.08.I	93.08.D
68	Valutazione EMG dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a Analisi della Cinematica e della Dinamica del passo	93.08.I	93.08.E
69	EMG dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.I	93.08.F

Allegato 2 "Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2019"

ALTRA SPECIALISTICA - DEDICATO ALLE PRESTAZIONI CRITICHE - 2019				
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	QUOTA FISSA	NETTO
ROMA 1	5.340.766,62	587.484,33	267.038,33	4.486.243,96
ROMA 2	2.556.054,94	281.166,04	127.802,75	2.147.086,15
ROMA 3	907.872,58	99.865,98	45.393,63	762.612,97
ROMA 4	28.913,22	3.180,45	1.445,66	24.287,10
ROMA 5	26.786,64	2.946,53	1.339,33	22.500,78
ROMA 6	516.082,77	56.769,10	25.804,14	433.509,53
VITERBO	17.264,53	1.899,10	863,23	14.502,21
LATINA	263.036,54	28.934,02	13.151,83	220.950,69
FROSINONE	96.886,68	10.657,53	4.844,33	81.384,81
TOTALE	9.753.664,52	1.072.903,10	487.683,23	8.193.078,20

ALTRA SPECIALISTICA + LABORATORIO ANALISI INDISTINTO - 2019				
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	QUOTA FISSA	NETTO
ROMA 1	94.644.761,24	10.410.923,74	4.732.238,06	79.501.599,44
ROMA 2	44.859.994,09	4.934.599,35	2.242.999,70	37.682.395,04
ROMA 3	16.739.128,63	1.841.304,15	836.956,43	14.060.868,05
ROMA 4	2.709.538,36	298.049,22	135.476,92	2.276.012,22
ROMA 5	11.771.699,40	1.294.886,93	588.584,97	9.888.227,50
ROMA 6	10.825.227,31	1.190.775,00	541.261,37	9.093.190,94
RIETI	1.334.499,45	146.794,94	66.724,97	1.120.979,54
VITERBO	2.988.206,04	328.702,66	149.410,30	2.510.093,07
LATINA	7.904.623,93	869.508,63	395.231,20	6.639.884,10
FROSINONE	4.264.230,63	469.065,37	213.211,53	3.581.953,73
TOTALE	198.041.909,08	21.784.610,00	9.902.095,45	166.355.203,63

Risonanza Magnetica				
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	QUOTA FISSA	NETTO
ROMA 1	5.565.780,15	500.920,21	139.144,50	4.925.715,43
ROMA 2	3.978.424,09	358.058,17	99.460,60	3.520.905,32
ROMA 3	5.682.463,10	511.421,68	142.061,58	5.028.979,84
ROMA 4	1.142.152,12	102.793,69	28.553,80	1.010.804,63
ROMA 5	5.207.011,63	468.631,05	130.175,29	4.608.205,29
ROMA 6	2.970.158,48	267.314,26	74.253,96	2.628.590,25
LATINA	2.148.992,82	193.409,35	53.724,82	1.901.858,64
FROSINONE	3.601.569,58	324.141,26	90.039,24	3.187.389,08
TOTALE	30.296.551,95	2.726.689,68	757.413,80	26.812.448,48

APA				
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	QUOTA FISSA	NETTO
ROMA 1	15.173.979,73	455.219,39	151.739,80	14.567.020,54
ROMA 2	8.195.358,96	245.860,77	81.953,59	7.867.544,60
ROMA 3	4.836.891,81	145.106,75	48.368,92	4.643.416,13
ROMA 4	681.166,16	20.434,98	6.811,66	653.919,51
ROMA 6	2.981.042,64	89.431,28	29.810,43	2.861.800,94
LATINA	1.643.972,79	49.319,18	16.439,73	1.578.213,88
FROSINONE	1.247.878,92	37.436,37	12.478,79	1.197.963,77
TOTALE	34.760.291,01	1.042.808,73	34.760.291,01	33.369.879,37

Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
10	1	M	Neopl. del sist. nervoso con CC
11	1	M	Neopl. del sist. nervoso senza CC
12	1	M	Mal. degenerative del sist. nervoso
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale
15	1	M	Mal. cerebrovascolari acute aspec. e occlus. precerebrale senza infarto
21	1	M	Meningite virale
45	2	M	Mal. neurologiche dell'occhio
64	3	M	Neopl. mal orecchio, naso, bocca e gola
78	4	M	Embolia polmonare
82	4	M	Neopl. dell'apparato respiratorio
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC
124	5	M	Mal. Carovasc. eccetto IMA, con cateter caraco e diagn complicata
125	5	M	Mal. Carovasc. eccetto IMA, con cateter caraco e agn. non complicata
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta
127	5	M	Insufficienza caraca e shock
129	5	M	Arresto caraco senza causa apparente
135	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni con CC
136	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni senza CC
137	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età<18 anni
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione caraca con CC
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione caraca senza CC
172	6	M	Neopl. mal dell'apparato gerente con CC
173	6	M	Neopl. mal dell'apparato gerente senza CC
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC
179	6	M	Mal. infiammatorie dell'intestino
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica
203	7	M	Neopl. mal dell'apparato epatobiliare o del pancreas
204	7	M	Mal. del pancreas eccetto Neopl. mal
238	8	M	Osteomielite
239	8	M	Fratture patol e Neopl. mal del sist. muscolosch e tes connett
242	8	M	Artrite settica

Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
274	9	M	Neopl. mal della mammella con CC
275	9	M	Neopl. mal della mammella senza CC
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
300	10	M	Mal. endocrine con CC
316	11	M	Insufficienza renale
318	11	M	Neopl. del rene e delle vie urinarie con CC
319	11	M	Neopl. del rene e delle vie urinarie senza CC
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età<18 anni
346	12	M	Neopl. mal dell'apparato genitale maschile con CC
347	12	M	Neopl. mal dell'apparato genitale maschile senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
366	13	M	Neopl. mal apparato riproduttivo femminile con CC
367	13	M	Neopl. mal dell'apparato riproduttivo femminile senza CC
372	14	M	Parto vaginale con diagn complicanti
373	14	M	Parto vaginale senza diagn complicanti
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico
378	14	M	Gravidanza ectopica
379	14	M	Minaccia aborto
380	14	M	Aborto senza latazione e raschiamento
382	14	M	Falso travaglio
383	14	M	Altre diagn preparto con complicazioni meche
384	14	M	Altre diagn preparto senza complicazioni meche
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture Assist per acuti
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da stress respiratorio
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative
391	15	M	Neonato normale
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età>17 anni
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età<18 anni
397	16	M	Disturbi della coagulazione
398	16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale e immunitario con CC
399	16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale e immunitario senza CC
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC