

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

**Oggetto:** 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-

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTI per quanto riguarda i poteri**

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

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

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

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

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




- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera d);
- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ...*omissis*... (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

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


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. 144/2016 avente ad oggetto “*Cessazione degli effetti del DCA n. U00478 del 09/10/2015, di sospensione dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento della “Casa di Cura Villa Aurora”, gestita dalla Società “Casa di Cura Privata Villa Aurora S.p.A.” (P. IVA 01008531004) sita in Via Mattia Battistini, n. 44/46. Modifiche al DCA n. U00231 del 14/07/2014 come rettificato dal DCA n U00415 del 03/09/2015 per variazione del Direttore Sanitario della struttura”* notificato con nota prot. n. 240948/GR.11.16 del 09.05.2016;

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

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

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

**CONSIDERATO** che la riorganizzazione della rete laboratoristica è ancora in itinere;

**PRESO ATTO** dello schema degli interventi dei Programmi Operativi 2016 - 2018 trasmesso ai Ministeri competenti, in ultimo, con prot. Siveas n. 242 del 5 dicembre 2016 con nota di trasmissione n. 0605088 -05 -12-2016, in cui è prevista, tra l'altro, l'implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL attraverso la definizione, a livello regionale, della cornice finanziaria per l'acquisto di prestazioni di assistenza territoriale e specialistica erogata da privato e l'assegnazione alle ASL del compito di definire i tetti di spesa per singolo erogatore;

**CHE** con nota prot. 233778 GR/11/28 del 5 maggio 2016 è stata fornita *“Comunicazione avvio del procedimento ex art. 7 L. 241/90 e s.m.i. per : la definizione del livello massimo di di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni di laboratorio analisi, altra specialistica, RMN, APA con onere a carico del SSR erogate da strutture private, Policlinici Universitari non Statali, Ospedali Classificati, IRCSS privati; rettifica DCA U 00324/2015 e s.m.i; aggiornamento DCA U 00313/2013 con decorrenza 1° gennaio 2017;*

**CHE** con la suddetta nota è stato tra l'altro comunicato ai soggetti interessati *“che il livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 dovrà essere individuato sul dato contabile – o netto 2015 ( valore della produzione riconoscibile entro budget al netto della quota ricetta e tickets incassati dall'erogatore) fermo restando che, coerentemente alle osservazioni più volte rappresentate dai Ministeri affiancanti, il livello massimo di finanziamento per ogni singola struttura dovrà essere al lordo del ticket e della quota ricetta, con evidenza del ticket, della quota ricetta e del netto;*

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

**CHE** con nota prot. 270312 GR/11/06 del 23 maggio 2016 recante *“Conferma produzione Specialistica e ospedaliera anno 2015 – Vs. note prot. 266212 e prot. 266582 del 20/05/2016”* la competente struttura regionale ha confermato i dati di attività 2015 della specialistica ambulatoriale presenti nell'area di condivisione files gestita dalla medesima;

**VISTO** pertanto 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;*

**CONSIDERATO** che il sopracitato decreto commissariale, ha attribuito alle ASL il livello massimo di finanziamento 2016 per le prestazioni di laboratorio analisi, altra specialistica, RMN e APA, affinché le stesse procedano , sulla base dei criteri indicati nel medesimo provvedimento commissariale, alla definizione dei budget delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni con onere a carico del SSR insistenti sul proprio territorio;

**CHE** il livello massimo di cui sopra è stato individuato sul dato contabile 2015 ( o netto ) - determinato quale valore della produzione riconoscibile entro budget al netto della quota ricetta e tickets totalmente incassati dall'erogatore - della quota ricetta e tickets rilevati entro budget, pervenendo quindi al lordo;

**RIBADITO**, infatti come i Ministeri affiancanti abbiano più volte osservato l'esigenza che i budget siano al lordo, con evidenza del ticket, della quota ricetta e del netto;

**PRESO ATTO** che il DCA U 00321/2016 individua lo stesso criterio di cui sopra, ai fini della determinazione, da parte delle ASL, del budget 2016 da assegnare alle strutture erogatrici di prestazioni ambulatoriale con onere SSR ( strutture private, Policlinici Universitari non Statali, ospedali Classificati, IRCCS privati) insistenti sul proprio territorio;

**VISTA** la nota prot. 605494 del 6 dicembre 2016 recante : *“Comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 L. 241/90 e s.m.i. per la rettifica del DCA U 00321 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”;*

**PRESO ATTO** che nella sopracitata nota la Direzione regionale salute e Politiche Sociali ha comunicato ai soggetti interessati di ritenere *“ a seguito di approfondimenti “ ..... “che, per quanto riguarda i livelli massimi di finanziamento 2016 da attribuire alle ASL, e, conseguentemente, alle strutture insistenti sul territorio delle medesime, il dato del contabile 2015 debba essere individuato quale valore delle produzioni riconoscibile entro budget 2015 al netto della quota ricetta e tickets rilevati entro budget 2015;*

**CHE** nella sopracitata nota è specificato essere in corso di predisposizione decreto commissariale rettificativo del DCA u 00321/2016, *“che potrà comportare una modifica dei livelli massimi di finanziamento attribuiti alle ASL dal medesimo provvedimento;*

**VISTA** la nota prot. 611142 del 7 dicembre 2016 con cui è stato chiesto alla competente struttura regionale la trasmissione del report relativo al dato del contabile individuato ai sensi della suddetta nota prot. 605494/201

**VISTA** la nota di riscontro della competente struttura regionale prot. 636066 del 21 dicembre 2016;

**VISTO** l'allegato *“Livello Massimo di Finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016- Rettifica- “*, parte integrante del presente provvedimento;

**CHE**, conseguentemente, le ASL dovranno procedere alla definizione del livello massimo di finanziamento attribuibile alle singole strutture insistenti sul proprio territorio attribuendo ad ogni struttura il dato del contabile - definito come produzione entro budget 2015 al netto della quota ricetta e tickets rilevati entro budget nel medesimo anno in capo dall'erogatore - il valore del ticket e il valore della quota ricetta rilevati entro budget 2015, pervenendo così al valore lordo (budget 2016), con evidenza del netto, ticket, quota ricetta e lordo;

**RILEVATO** che il DCA U 00321/2016 ha previsto di incrementare il livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale relativamente alle sole tipologie assistenziali del Laboratorio Analisi e Altra specialistica, nella misura massima del 2% per il Laboratorio analisi e dell'1% per Altra specialistica, nei soli tassativi casi di voltture dell'autorizzazione e dell'accreditamento tali da aver inciso in misura almeno pari al 15% della

produzione lorda 2015 rispetto al maggior valore di produzione lorda registrato all'interno dei budget nei due esercizi precedenti la voltura per assoluta mancata rilevazione di produzione per un periodo in conseguenza della soluzione di continuità dell'attività tra struttura cedente e struttura cessionaria;

**CHE** conseguentemente le percentuali di cui sopra andranno applicate sugli importi per ASL riferiti alle prestazioni di Laboratorio Analisi e Altra specialistica del "*Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016- Rettifica* – " di cui al presente provvedimento

**VISTA** la nota prot. 552258 del 4 novembre 2016, con cui, nel trasmettere il DCA U 00321/2016, sono state fornite alle ASL indicazioni applicative del medesimo provvedimento;

**RITENUTO**, alla luce di quanto rappresentato dalle ASL, che qualora la ridefinizione del budget riferito ad una delle due tipologie assistenziali non trovi totale copertura nell'incremento del livello massimo stabilito per la medesima tipologia, le Aziende Sanitarie potranno avvalersi dell'incremento previsto per l'altra linea di attività;

**RITENUTO**, pertanto, per quanto sopra riportato, di rettificare il DCA U 00321/2016

**RILEVATO** che il sopracitato decreto Commissariale, con riferimento all'Ospedale Israelitico cita, per meri errori di battitura, il DCA U 00017 del 28 gennaio 2016 in luogo del corretto DCA U 00018 del 1 febbraio 2016 e il DCA U 00212/2012 in luogo del DCA U 00212/2013;

**RITENUTO** di confermare tutto quanto contenuto nel DCA U 00321/2016 e non espressamente modificato dal presente provvedimento;

**RIBADITO** quindi di rimandare al DCA U 00321/2016 per tutto quanto in esso contenuto e non oggetto di espressa rettifica da parte del presente provvedimento;

**RIBADITO** in ogni caso che:

- le ASL devono verificare il possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura;
- le ASL, per quanto riguarda in particolare le prestazioni di RMN, devono verificare la coerenza delle prestazioni erogate con la fascia del macchinario attribuito alle strutture dalle disposizioni vigenti;
- che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale di cui al presente decreto potrà in ogni caso subire delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione e/o contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca del livello massimo di finanziamento e che quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del servizio Sanitario regionale,

fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;

- che i budget annuali 2016 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalle ASL nei termini sopra indicati devono comunque riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi;
- 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 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;
- che l'erogatore dovrà mettere a disposizione le proprie agende nei tempi e modi previsti dalla normativa vigente e assumendo come riferimento il volume indicato dai Direttori Generali, frutto della programmazione dagli stessi effettuata;
- che, in ogni caso, le AA.SS.LL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compreso la verifica del possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura, la verifica della qualità delle prestazioni erogate e la coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate, la coerenza della produzione erogata con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
- 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;
- 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;

## DECRETA

Le premesse sono parte integrante del presente provvedimento

1. di approvare l'allegato "*Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016 – Rettifica -*", parte integrante del presente provvedimento;

2. che le ASL dovranno procedere alla definizione del livello massimo di finanziamento attribuibile alle singole strutture insistenti sul proprio territorio attribuendo ad ogni struttura il dato del contabile - definito come produzione entro budget 2015 al netto della quota ricetta e *tickets* rilevati entro budget nel medesimo anno in capo dall'erogatore - il valore del *ticket* e il valore della quota ricetta rilevati entro budget 2015, pervenendo così al valore lordo (budget 2016), con evidenza del netto, ticket, quota ricetta e lordo;
3. che, relativamente al quanto previsto dal DCA U 00321/2016 riguardo la ridefinizione dei budget riferiti esclusivamente alle tipologie assistenziali di laboratorio analisi e altra specialistica e per i casi tassativamente individuati dal medesimo provvedimento, qualora la ridefinizione del tetto di spesa riferito ad una delle due tipologie assistenziali non trovi totale copertura nell'incremento del livello massimo stabilito per la medesima tipologia di attività, le Aziende Sanitarie potranno avvalersi dell'incremento previsto per l'altra linea di attività;
4. di rettificare, conseguentemente a quanto disposto nei punti di cui sopra, il DCA U 00321 del 24 ottobre 2016;
5. di confermare tutto quanto contenuto nel DCA U 00321/2016 e non espressamente modificato dal presente provvedimento;
6. di rimandare al DCA U 00321/2016 per tutto quanto in esso contenuto e non oggetto di espressa rettifica da parte del presente provvedimento;
7. di ribadire in ogni caso che:
  - le ASL devono verificare il possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura;
  - le ASL, per quanto riguarda in particolare le prestazioni di RMN, devono verificare la coerenza delle prestazioni erogate con la fascia del macchinario attribuito alle strutture dalle disposizioni vigenti;
  - che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale di cui al presente decreto potrà in ogni caso subire delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione e/o contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;
  - che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca del livello massimo di finanziamento e che quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del servizio Sanitario regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;





- che i budget annuali 2016 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalle ASL nei termini sopra indicati devono comunque riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi;
- 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 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;
- che l'erogatore dovrà mettere a disposizione le proprie agende nei tempi e modi previsti dalla normativa vigente e assumendo come riferimento il volume indicato dai Direttori Generali, frutto della programmazione dagli stessi effettuata;
- che, in ogni caso, le AA.SS.LL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compreso la verifica del possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura, la verifica della qualità delle prestazioni erogate e la coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate, la coerenza della produzione erogata con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
- 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;
- 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;

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

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

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI

23 DIC. 2016

Roma, li

## Allegato livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2016 - Rettifica-

ASL	Laboratorio Analisi				Altra Specialistica			
	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	36.695.307,72	5.188.435,55	3.155.768,00	28.351.104,17	73.759.943,85	7.612.933,40	4.278.100,00	61.868.910,45
ROMA 2	14.397.701,81	2.618.322,05	1.790.530,00	9.988.849,76	38.009.519,47	2.808.834,46	1.479.770,00	33.720.915,01
ROMA 3	5.746.347,30	1.323.575,35	989.940,00	3.432.831,95	7.421.501,98	912.124,72	512.337,00	5.997.040,26
ROMA 4	1.922.134,07	192.318,74	115.570,00	1.614.245,33	1.096.774,06	170.695,30	92.786,00	833.292,76
ROMA 5	3.988.745,60	706.248,12	470.946,00	2.811.551,48	8.971.374,24	416.083,93	191.434,00	8.363.856,31
ROMA 6	3.774.867,91	881.591,03	607.530,00	2.285.746,88	8.747.814,55	1.001.251,74	544.965,00	7.201.597,81
VITERBO	1.914.305,01	329.944,17	212.968,00	1.371.392,84	1.603.108,84	312.753,76	194.111,00	1.096.244,08
RIETI	895.737,51	98.708,12	59.682,00	737.347,39	576.313,62	42.879,22	17.660,00	515.774,40
LATINA	4.075.714,17	681.304,50	463.792,00	2.930.617,67	4.928.431,46	512.140,93	288.383,00	4.127.907,53
FROSINO	2.765.677,61	500.256,08	322.294,00	1.943.127,53	2.023.179,06	206.510,35	114.045,00	1.702.623,71
<b>TOTALE</b>	<b>76.176.538,71</b>	<b>12.520.703,71</b>	<b>8.189.020,00</b>	<b>55.466.815,00</b>	<b>147.137.961,13</b>	<b>13.996.207,81</b>	<b>7.713.591,00</b>	<b>125.428.162,32</b>




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

ASL	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	6.135.795,56	602.222,85	416.475,00	5.117.097,71
ROMA 2	4.385.871,56	344.798,70	238.450,00	3.802.622,86
ROMA 3	6.264.428,49	569.470,91	393.825,00	5.301.132,58
ROMA 4	1.259.124,82	81.337,50	56.250,00	1.121.537,32
ROMA 5	5.740.284,08	446.018,71	308.450,00	4.985.815,37
ROMA 6	3.274.345,14	277.342,81	191.800,00	2.805.202,33
LATINA	2.369.080,39	205.874,25	142.375,00	2.020.831,14
FROSINONE	3.428.269,87	328.097,40	226.900,00	2.873.272,47
<b>TOTALE</b>	<b>32.857.199,91</b>	<b>2.855.163,13</b>	<b>1.974.525,00</b>	<b>28.027.511,78</b>




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

ASL	APA 2016			
	Livello di finanziamento 2016	Ticket	Quota Fissa	Netto
ROMA 1	15.604.330,22	413.845,20	160.272,00	15.030.213,02
ROMA 2	8.571.551,89	217.948,35	84.406,00	8.269.197,54
ROMA 3	1.613.084,08	21.798,45	8.442,00	1.582.843,63
ROMA 4	732.801,31	18.544,95	7.182,00	707.074,36
ROMA 6	3.005.417,98	55.562,55	21.518,00	2.928.337,43
LATINA	1.528.461,56	66.732,90	25.844,00	1.435.884,66
FROSINONE	1.029.464,56	37.812,90	14.644,00	977.007,66
<b>TOTALE</b>	<b>32.085.111,60</b>	<b>832.245,30</b>	<b>322.308,00</b>	<b>30.930.558,30</b>

18

18