

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 3 giugno 2020, n. U00071

**Nomenclatore tariffario: estensione dell'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.**

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

**OGGETTO:** Nomenclatore tariffario: estensione dell'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.

**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 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 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-regioni;
- art.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;
- il DCA 18 del 20 gennaio 2020, recante: "Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo". Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019";
- legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- la DGR n. 12 del 21 gennaio 2020 di presa d'atto del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2, comma 88 della L. 191/2009, adottato in via definitiva con DCA n. 18 del 20 gennaio 2020;

**VISTI** per quanto riguarda i poteri:

- la legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*" e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, "*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*" e successive modifiche ed integrazioni;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 con la quale è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, dr. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;
- la delibera di Giunta regionale del 24.04.2018 n. 203 concernente: "*Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni*" che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la delibera di Giunta regionale del 05.06.2018 n. 271 di conferimento di incarico al dott. Renato Botti della direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria ai sensi del Regolamento di organizzazione 6 settembre 2001, n. 1. Approvazione schema di contratto;
- la determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07633 del 13.06.2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione socio-sanitaria e s.m.i.;
- la Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G12275 del

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

2.10.2018 e s.m.i., modificata e rettificata con successive determinazioni, con la quale si è provveduto ad una riorganizzazione delle strutture organizzative di base e delle funzioni della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

**VISTI** per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:

- il Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge n.833/1978 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo n. 21 dicembre 1999, n. 517 e s.m.i.;
- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- l'Intesa Stato- Regione Province autonome del 18 dicembre 2018, rep. N. 209/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2019-2021;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i.;

**VISTE** le disposizioni nazionali e regionali, anche tariffarie:

-il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15 che definisce i nuovi LEA e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001.

-il D.L. 95/12, come modificato dalla legge di conversione n. 135/2012;

- il Decreto del Ministero della salute del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento ordinario n. 8 recante: “ *Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post- acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*” con cui è stata data attuazione alle disposizioni di cui al citato decreto legge n. 95 del 2012 art. 15 comma 15, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post acuzie;

- il D.M. 18/10/2012 che, nel far riferimento all'art. 15, comma 17 del D.L. 95/2012 prevede che: “*Gli importi tariffati, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico – finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono limite invalicabile*”;

- il DCA 313/2013 di adozione del Nomenclatore della specialistica ambulatoriale ex D.M. 18 ottobre 2012, con specifiche inerenti le prestazioni derivanti da processi di deospedalizzazione, da accorpamenti di prestazioni, APA e PAC e l'esclusione delle prestazioni come previste dal tariffario al tempo vigente;

**CONSIDERATO** che, ai sensi dell'art. 15 comma 16 del D.L. 95/2012, come convertito dalla L. 135/2012, le tariffe massime, pure di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

protetica di cui all'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, continuano ad applicarsi fino all'adozione dei decreti ministeriali di cui all'articolo 64, commi 2 e 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;

**CONSIDERATO** altresì che, con il DCA 313/2013 sopra richiamato, la Regione si riservava, al completamento del processo di accreditamento istituzionale e del riordino della rete laboratoristica, l'opportunità di estendere l'erogabilità di tutte le prestazioni del nomenclatore a tutti i soggetti privati accreditati, ferme restando la sussistenza dei dovuti requisiti di accreditamento di cui alla vigente normativa verificata in sede di accreditamento istituzionale e le risorse destinate al settore;

**CONSIDERATI** il sostanziale completamento del percorso di accreditamento delle strutture private e la regolamentazione della rete laboratoristica;

**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";

**CONSIDERATO** che

l'Allegato A del richiamato DCA 313/2013 di approvazione del nomenclatore contiene il campo "tipo" nel quale sono riportati i valori D ed E per contraddistinguere prestazioni erogabili esclusivamente nelle strutture pubbliche ed i valori B e C per contraddistinguere prestazioni erogabili anche nelle strutture private accreditate;

tale previsione limita la condizione di erogabilità delle strutture private accreditate per prestazioni che, di fatto, sono utili anche al governo delle liste di attesa;

al cittadino deve essere garantita equità nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale sia nel caso in cui si rivolga a strutture pubbliche che a strutture accreditate e contrattualizzate, idonee, in quanto tali, sulla base della disciplina vigente, ad operare per conto e a carico del SSR;

infatti, pur nel rispetto della piena centralità assegnata alle strutture pubbliche che costituiscono il perno della sanità regionale (Tar Lazio n. 7082/2019), le strutture private accreditate svolgono un'attività complementare e sussidiaria, funzionale ad assicurare l'erogazione di attività secondo la programmazione sanitaria e nel rispetto delle risorse finanziarie concretamente disponibili;

al paragrafo 17.4 del DCA 18/2020 del piano di riqualificazione della Regione Lazio 2019-2021 è espressamente prevista la linea di azione per consentire agli erogatori privati di effettuare le medesime prestazioni dei soggetti pubblici e che, pertanto, il presente provvedimento si pone come attuazione di quanto ivi previsto;

**RITENUTO** necessario, pertanto, 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, eliminando i valori D ed E nel campo "tipo" ed estendendo l'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a tutte le strutture private accreditate col SSR, nel rispetto della configurazione in autorizzazione e accreditamento;

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

prevedere quanto alla Medicina fisica e riabilitativa – recupero e riabilitazione la costituzione di una commissione tecnica composta da membri delle società scientifiche, all'uopo individuati, con atto della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitari, allo scopo di fornire supporto in merito all'eventuale valutazione e revisione della declaratoria a definizione di presupposti, soggetti destinatari della prescrizione e modalità di esecuzione;

prevedere che le associazioni di categoria e le associazioni dei pazienti saranno rese partecipi dei risultati della valutazione della commissione tecnica delle società scientifiche;

**DATO ATTO** che

tale estensione interviene nelle more dell'aggiornamento nel nomenclatore tariffario come previsto dal comma 16 dell'articolo 15 del richiamato D.L. 95/2012 e dall'art. 64 del DPCM 12 gennaio 2017 che stabilisce che: “le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”;

il nuovo nomenclatore riporta, “per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva. L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva è contenuto nell'allegato 4D”;

le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale continuano ad essere previste, ai sensi del richiamato articolo 64 del DPCM LEA 2017, dal Decreto del Ministero della Salute 9 dicembre 2015;

in attesa dell'entrata in vigore del nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoria di cui al DCPM LEA 2017 e con esso delle ulteriori disposizioni, resta ferma la necessità di perseguire l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, pertanto, di affidare alle Aziende Sanitarie il precipuo compito, anche in occasione della negoziazione dei contratti e di espletamento del ruolo di committenza, come previsto dal DCA 152 del 25.07.2019, di individuare modalità utili al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva e verificarne l'attuazione in occasione del monitoraggio e controllo;

l'aumento del pannello prestazionale e, quindi, della tipologia di prestazioni consentite non è in alcun modo idonea ad incidere sulla capacità di spesa che resta vincolata all'assegnazione dei livelli massimi di finanziamento 2019-2021 assegnati dalla Regione e dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e frutto della programmazione dagli stessi effettuata, e che, pertanto, il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale;

**RITENUTO** di fare salve le rinegoziazioni effettuate ai sensi e per gli effetti del D.L. 18/2020 convertito dalla Legge 27/2020 per le sole strutture che hanno avuto un ruolo attivo nella gestione dell'emergenza connessa alla diffusione del virus SARS-CoV-2, come previsto nel piano dal piano

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

di potenziamento delle reti di assistenza territoriale, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020;

**CONSIDERATO**, infatti, che *«in materia di sanità pubblica spetta alle Regioni provvedere, con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario regionale e distribuire le risorse disponibili, per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché stabilire i preventivi annuali delle prestazioni, assicurando l'equilibrio complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e finanziario; il carattere impellente delle esigenze di riequilibrio della spesa sanitaria impone allo Stato, in una situazione di scarsità di risorse pubbliche, interventi correttivi immediati, con sacrifici posti a vario titolo su tutti coloro che sono presenti nello specifico settore di attività e quindi anche sulle strutture convenzionate, queste ultime libere di valutare la convenienza a continuare ad operare in regime di accreditamento accettando il tariffario imposto, o porsi fuori del servizio sanitario nazionale operando privatamente, a favore dei soli utenti solventi; conseguentemente, il sistema di determinazione tariffaria delle prestazioni sanitarie concesse dal S.S.R., se ed in quanto eccedenti il limite massimo prefissato, è espressione del potere autoritativo di fissazione dei tetti di spesa e di controllo pubblicistico della spesa sanitaria in funzione di tutela della finanza pubblica affidato alle Regioni e trova giustificazione concorrente nella possibilità che le aziende erogatrici fruiscono di economie di scala, nonché effettuino opportune programmazioni della rispettiva attività per cui, ove venisse consentito lo sfioramento dei tetti complessivi di spesa fissati dalla Regione, il potere di programmazione regionale ne risulterebbe vanificato»* (da ultimo C.d.S., III, 3 marzo 2017, n. 994);

**DATO ATTO** che il presente provvedimento figura quale atto amministrativo a contenuto generale idoneo a produrre effetti favorevoli per le strutture accreditate che hanno visto, causa emergenza, la riduzione della capacità erogativa;

che, infatti, il presente provvedimento attribuisce la possibilità alle stesse strutture, in occasione della ripresa dell'attività ambulatoriale, di aumentare la tipologia di prestazioni, con conseguenti effetti sulla capacità di "consumazione del budget" annuale residuo;

**RITENUTO** opportuno di dare mandato alle Aziende Sanitarie di concordare con le strutture private la rinegoziazione per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in particolare le prestazioni critiche per il contenimento dei tempi di attesa, come indicato nel DCA 302/2019;

## 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, eliminando i valori D ed E nel campo "Tipo" ed estendendo l'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a tutte le strutture private accreditate col SSR, nel rispetto della configurazione in autorizzazione e accreditamento;

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

- di prevedere quanto alla Medicina fisica e riabilitativa – recupero e riabilitazione la costituzione di una commissione tecnica composta da membri delle società scientifiche, all'uopo individuati, con atto della Direzione, allo scopo di fornire supporto in merito alla eventuale valutazione e revisione della declaratoria a definizione di presupposti, soggetti destinatari della prescrizione e modalità di esecuzione;
- di prevedere che le associazioni di categoria e le associazioni dei pazienti saranno rese partecipi dei risultati della valutazione della commissione tecnica delle società scientifiche;
- che l'aumento del pannello prestazionale e, quindi, della tipologia di prestazioni consentite non è in alcun modo idonea ad incidere sulla capacità di spesa che resta vincolata all'assegnazione dei livelli massimi di finanziamento 2019-2021 assegnati dalla Regione e dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e frutto della programmazione dagli stessi effettuata, e che, pertanto, il presente provvedimento non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale;
- che in attesa dell'entrata in vigore del nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoria di cui al DCPM LEA 2017 e con esso delle ulteriori disposizioni, resta ferma la necessità di perseguire l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, pertanto, di affidare alle Aziende Sanitarie il precipuo compito, anche in occasione della negoziazione dei contratti e di espletamento del ruolo di committenza, come previsto dal DCA 152 del 25.07.2019, di individuare modalità utili al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva e verificarne l'attuazione in occasione del monitoraggio e controllo;
- di fare salve le rinegoziazioni effettuate ai sensi e per gli effetti del D.L. 18/2020 convertito dalla Legge 27/2020 per le sole strutture che hanno avuto un ruolo attivo nella gestione dell'emergenza connessa alla diffusione del virus SARS-CoV-2, come previsto nel piano dal piano di potenziamento delle reti di assistenza territoriale, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020.

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**