

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 19 luglio 2021, n. G09750

Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 ed assegnazione alle ASL per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della D.G.R. n. 339 del 8 giugno 2021.

OGGETTO: Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 ed assegnazione alle ASL per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della D.G.R. n. 339 del 8 giugno 2021.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell'Area remunerazione, budget e contratti;

VISTI:

- 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 s.m.i.;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale." e s.m.i.;

VISTA la Determinazione 2 ottobre 2018, n. G12275 concernente "Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257", come modificata dalle Determinazioni n. G12533 del 5 ottobre 2018, n. G13374 del 23 ottobre 2018, n. G13543 del 25 ottobre 2018, n. G02874 del 14 marzo 2019 e n. G09050 del 3 luglio 2019, con cui è stato definito l'assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e approvate le declaratorie delle competenze delle Aree, degli Uffici e del Servizio;

VISTO che con deliberazione n. 1044 del 30 dicembre 2020 la Giunta Regionale ha conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al Dr. Massimo Annicchiarico;

VISTI

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*";
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante "*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*";
- l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 18 dicembre 2019, 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., recante "*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 6 novembre 2019, n. 20, concernente: “Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (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) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale”;
- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- il DCA U00243 del 25 giugno 2019 avente ad oggetto: “*Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015*”, con il quale è stato approvato lo schema di accordo/contratto avente efficacia per il triennio 2019-2021;
- il DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 avente ad oggetto “*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*”;
- la DGR n. 406 del 26 giugno 2020 avente ad oggetto “*Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento*”;
- la DGR n. 661 del 29 settembre 2020, avente ad oggetto “*Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020*”;
- la DGR n. 20/2021 concernente: “*Disposizioni e indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2021-2023 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11*”;
- la Circolare del Direttore Generale di cui alla nota prot. 278021 del 30 marzo 2021 concernente le modalità operative per la gestione del Bilancio regionale 2021-2023;

PRESO ATTO

- delle delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021 e del 21 aprile 2021, con le quali è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;
- del decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00055 del 5 marzo 2020 di istituzione dell’Unità di Crisi della Regione Lazio per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, del quale l’Assessore alla Sanità è membro effettivo;
- dei decreti-legge, come convertiti in legge, dei DPCM e di tutte le ordinanze del Ministro della Salute in materia di emergenza sanitaria per la diffusione dell’infezione da SARS COV-2 emanati dall’inizio dell’emergenza sanitaria alla data odierna;

VISTI:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*” e, in particolare, l’articolo 3, comma 1 bis, ai sensi del quale le Aziende Sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con Atto Aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti dalle disposizioni regionali;
- il D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i.;
- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- l’Intesa Stato - Regioni e Province autonome del 18 dicembre 2019 rep. N. 209/CSR, concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-2021;
- il D.L. 25 maggio 2021, n. 73 relativo a: “*Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali*”;

RICHIAMATO il D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. ed in particolare i seguenti articoli:

- l’art. 8-bis, comma 1, che prevede che “*le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies*”;
- 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’art. 8-quater, comma 7, secondo cui “*Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l’avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l’accreditamento può essere concesso in via provvisoria per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolte e della qualità dei suoi risultati. L’eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell’accreditamento temporaneo concesso*”;
- 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-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, che disciplina la stipula dei contratti tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private e con i professionisti accreditati, 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-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);
- 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;

RICHIAMATI altresì:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 10 agosto 2010, n. 3 e ss.mm.ii., che disciplina il processo di accreditamento istituzionale definitivo delle strutture che erogano prestazioni con onere a carico del SSR;
- il DCA n. U0090/2010 del 10 novembre 2010, recante: *“Approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie - Requisiti ulteriori per l'accreditamento” Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie (SAAS) Manuale d'uso. Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1 commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private. L.R. n. 3/2010) e s.m.i.*;
- il DCA n. U0008 del 3 febbraio 2011, avente ad oggetto *“Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie” e s.m.i.*;
- il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 di aggiornamento, tra l'altro, dei requisiti di accreditamento;
- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019 n. 20;

RICHIAMATI:

- il DCA n. 313 del 4 luglio 2013, recante *“Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale (D.M. 18/10/2012)”*;
- il 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» svolte 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 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 remunerazione della produzione complessivamente erogata;

- il 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 l'elenco di DRG da trasferire in regime ambulatoriale (APA) nonché l'elenco delle strutture di ricovero coinvolte dal processo di deospedalizzazione;
- il DCA n. U00071 del 3 giugno 2020, relativo a: “*Nomenclatore tariffario: estensione dell'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale*”, che ha previsto l'apertura integrale del Nomenclatore tariffario al privato accreditato, ad eccezione della branca di Medicina fisica e riabilitativa – recupero e riabilitazione, per la quale è prevista la costituzione di una Commissione tecnica composta da membri delle Società scientifiche, 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;

VISTO il 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;

TENUTO CONTO dei provvedimenti attuativi, che in esito al sopra citato percorso, hanno approvato l'elenco delle aggregazioni costituite ai sensi del DCA n. 115/2017, nonché l'elenco dei laboratori autonomi;

VISTA la DGR n. 863/2020, avente ad oggetto “*Ratifica intese con i soggetti privati accreditati, oggetto di riconversione, sottoscritte ai sensi del DCA 306/2019 e del DCA 474/2019, di attuazione del DM 2 aprile 2015, n.70*”, con la quale l'amministrazione ha ratificato intese di riconversione con le strutture private accreditate soggette alla disciplina del DM 2 aprile 2014 n. 70;

VISTO il DCA n. U00243 del 25 giugno 2019 concernente: “*Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015*”, con il quale è stato approvato lo schema triennale di accordo/contratto di budget ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra la Regione/le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il DCA n. U00246 del 1 luglio 2019 concernente: *“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”*;

RICHIAMATI i provvedimenti con i quali sono stati fissati i livelli massimi di finanziamento per l’anno 2020 per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR:

- il DCA n. 82/2020 avente ad oggetto *“Riparto del finanziamento aggiuntivo di cui al DCA U00018/2020 di adozione in via definitiva del “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”, recepito con DGR. n. 12/2020, alle Aziende sanitarie RM 1, RM 5 e Frosinone, per il potenziamento dell’offerta di specialistica ambulatoriale nell’ambito della branca di medicina nucleare per l’acquisto di prestazioni PET e PET/TC per l’anno 2020 - Approvazione schema di Addendum al Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. avente efficacia nel triennio 2019 - 2021, per l’assegnazione del livello massimo di finanziamento PET 2020”*;
- la determinazione n. G13769/2020 avente ad oggetto *“Attuazione delle azioni previste nel Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 e dalle delibere di Giunta n. 661 del 29 settembre e n. 689 del 6 ottobre 2020. Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2020 relativo all’acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato”*;
- la determinazione n. G16038/2020 avente ad oggetto *“Attuazione delle azioni previste nel Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 e dalle delibere di Giunta n. 661 del 29 settembre e n. 689 del 6 ottobre 2020. Integrazioni alla determinazione n. G13769 del 19 novembre 2020 relativa a “Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2020 relativo all’acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato” in attuazione del DCA n. 151/2019”*;
- la determinazione n. G06829/2021 avente ad oggetto: *“DGR 689 del 6 ottobre 2020 e Determinazione n. G13769 del 19 novembre 2020 relativa a “Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2020 relativo all’acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato”. Adeguamento del livello massimo di finanziamento 2020 alle ASL RM 2 e ASL RM 3 per le strutture Policlinico Casilino, Poliambulatorio di via Casilina n. 1040 e Policlinico di Liegro in considerazione della conclusione del percorso di riconduzione di cui al D.Lgs. 502/92”*;

RICHIAMATA altresì la nota della ASL di Latina Prot. n. 474586 del 27 maggio 2021, con la quale, la stessa, ha chiesto l’unificazione del budget per la casa di cura ICOT di Latina prevedendo una unica quota comprensiva anche dell’attività di specialistica ambulatoriale universitaria con la cessazione del rapporto convenzionale, per un importo complessivo di € 3.642.512,25;

PRESO ATTO delle delibere aziendali - agli atti dell’Area Remunerazione, budget e contratti – con le quali sono stati assegnati i budget 2020 per la specialistica ambulatoriale alle strutture insistenti nei rispettivi territori;

DATO ATTO:

- che con la DGR n. 863/2020, avente ad oggetto *“Ratifica intese con i soggetti privati accreditati, oggetto di riconversione, sottoscritte ai sensi del DCA 306/2019 e del DCA 474/2019, di attuazione del DM 2 aprile 2015, n.70”*, l’amministrazione ha ratificato le intese di riconversione con i privati accreditati, ad eccezione delle strutture San Raffaele Montecompatri e S. Teresa Isola Liri, tali intese hanno previsto lo spostamento di parte di budget dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale/territoriale a seguito della riconfigurazione delle stesse strutture;
- che con i provvedimenti amministrativi di attuazione sono state aggiornate le configurazioni in accreditamento delle strutture oggetto di riconversione di cui alla sopra citata DGR n. 863/2020 che hanno sottoscritto le intese con la Regione Lazio e le rispettive ASL;
- le strutture interessate dal percorso di riconversione sottoscrivono l’accordo contrattuale previsto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con durata fino al 31 dicembre 2021, in conformità allo schema di accordo/contratto approvato con DCA n. 243/2019 e s.m.i.;
- le strutture che hanno promosso azione giudiziale avverso i DCA n. 306 e n. 474/2019 continueranno ad operare in continuità fino all’esito della definizione della controversia, sottoscrivendo l’addendum all’accordo/contratto di cui al punto precedente, comunque non oltre l’anno 2021, con salvezza di ogni ulteriore diversa determinazione che verrà adottata dall’amministrazione anche tenendo conto dell’esito dei giudizi pendenti;
- la Direzione Regionale Salute e integrazione socio-sanitaria provvede alla definizione di una apposita procedura per la sottoscrizione dei contratti tra le strutture interessate da riconversione e le AA.SS.LL. competenti per territorio;

VISTI i seguenti provvedimenti con i quali sono stati approvati gli schemi di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.:

- DCA n. 243/2019, avente ad oggetto *“Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui ai DCA n. 249/2017 – n. 555/2015 – n. 324/2015”*;
- DCA n. 518/2019, avente ad oggetto *“Acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privato accreditato - Definizione Budget provvisori primo semestre 2020- Contratto di budget ex DCA n. U00243 del 25/06/2019 e approvazione Addendum Contrattuale per le strutture interessate da riconversione”*;
- DCA n. 528/2019, avente ad oggetto *“Approvazione dello schema di contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. anno 2019 (ex DCA n. 243/2019) per le Aggregazioni di laboratori costituite in attuazione del DCA n. U00115/2017”*;
- DCA n. 82/2020, avente ad oggetto *“Riparto del finanziamento aggiuntivo di cui al DCA 18/2020, di adozione in via definitiva del “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019- 2021”, recepito con DGR. n. 12/2020, alle Aziende sanitarie RM1, RM5 e Frosinone, per il potenziamento dell’offerta di specialistica ambulatoriale nell’ambito della branca di medicina nucleare per l’acquisto di prestazioni PET e PET/TC per l’anno 2020 – Approvazione schema di Addendum al Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n.*

502/1992 e ss.mm.ii. avente efficacia nel triennio 2019-2021, per l'assegnazione del livello massimo di finanziamento PET 2020”;

- DGR n. 689/2020, avente ad oggetto “Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2020 per l'assistenza sanitaria e disciplina delle regole di erogazione, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, incluse quelle erogate nell'ambito della gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Approvazione Addendum al Contratto di budget ex DCA n. U00243 del 25/06/2019. Approvazione dello schema di Accordo/Contratto integrativo ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e D.L. n. 18/2020 per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell'emergenza Covid-19. Contrattualizzazione delle strutture interessate dal percorso di riconversione”, con la quale sono stati approvati, tra l'altro:
 - a) lo schema di Addendum al Contratto di budget 2019-2021;
 - b) lo schema di Accordo/Contratto integrativo ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e D.L. n. 18/2020 per le strutture private che hanno partecipato alla gestione dell'emergenza COVID-19;
- Determinazione n. G03721/2021, avente ad oggetto “Approvazione dello schema di addendum al contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2019-2021 per le strutture private accreditate - Oneri contrattuali CCNL sanità privata 2016-2018 – DGR n. 614/2020”;
- Determinazione n. G05057/2021 avente ad oggetto “Approvazione dello schema di Addendum al contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2019-2021 per le strutture private accreditate - Regolamentazione delle prestazioni inerenti alla somministrazione dei vaccini anti SARSCov2/Covid19 per l'anno 2021”;

TENUTO CONTO che l'accordo/contratto di cui al richiamato DCA n. 243/2019, all'art. 6 ha previsto una durata triennale per la disciplina giuridica e una durata annuale per quella economica, in rapporto alla ripartizione del Fondo Sanitario, disponendo, che “la durata del rapporto si intende riferita alla disciplina giuridica prevista nel presente accordo, fermo restando che il corrispettivo contrattuale per gli anni 2020 e 2021 verrà fissato con specifico provvedimento di budget anche all'esito della ripartizione del fondo sanitario nazionale e, pertanto, l'importo di cui al successivo art. 9 sarà oggetto di Addendum contrattuale annuale tra le parti”;

RILEVATO che lo schema di Addendum al Contratto di budget 2019-2021, adottato, quale allegato sub 1, con la DGR n. 689/2020 è utilizzabile anche per l'anno 2021 per la contrattualizzazione del corrispettivo economico;

TENUTO CONTO che la regola generale sulla durata triennale del contratto di budget trova eccezione per le strutture mono-specialistiche per acuti con un numero di posti letto inferiore a 30 e per le polispecialistiche con un numero di posti letto inferiori a 60 interessate dal processo di riconversione;

CONSIDERATO che, a seguito del perdurare dell'emergenza epidemiologica da SARS Covid con la proroga dello stato di emergenza stabilito dai diversi DPCM nazionali, anche nell'anno 2021, si continua a registrare un rilevante impatto sull'organizzazione e sulla gestione dell'attività sanitaria;

RITENUTO OPPORTUNO differire, anche per l'esercizio 2021, l'applicazione di quanto previsto dal DCA 246/2019 circa il potenziamento dell'offerta di prestazioni critiche sia da parte delle strutture ospedaliere che di quelle ambulatoriali;

VISTO il decreto del Commissario ad Acta del 28 maggio 2021, relativo alla sentenza del TAR Lazio n. 14129/2020 sul ricorso RG 457/2020 Fondazione Santa Lucia, con il quale lo stesso ha decretato di assegnare alla Fondazione Santa Lucia un budget integrativo per l'anno 2021, di € 1.500.000,00 euro per la genetica medica;

STABILITO che, in esito alla citata sentenza n. 14129/2020 ottemperata con provvedimento del commissario ad acta del 28 maggio 2021, l'amministrazione regionale, riservandosi ogni opportuna azione avendo rilevato profili di criticità connessi ad un trattamento paritario degli erogatori, procede all'accontamento della somma di euro 1,5 milioni a valere sul livello massimo di finanziamento complessivo riferito all'assistenza specialistica fissato con DGR 339/2021, in base al principio di prudenza contabile;

VISTA la DGR n. 339 dell'8 giugno 2021 avente ad oggetto: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2021 per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria e disciplina delle relative regole di finanziamento, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie”* con la quale sono stati determinati i livelli di finanziamento per tutto l'anno 2021 in misura pari a quelli assegnati per l'anno 2020, per le strutture private accreditate che erogano a carico del Servizio Sanitario Regionale assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e territoriale;

PRESO ATTO dei dati di produzione 2020 posti a disposizione della competente Area Sistemi informativi/ ICT sulla piattaforma di condivisione, inclusi quelli relativi all'acquisto di prestazioni di dialisi, radioterapia e pronto soccorso;

CONSIDERATO che con la DGR n. 339/2021, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale dai soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2021, è stato determinato complessivamente in € 487.585.000,00;

TENUTO CONTO che in tale importo è ricompreso anche l'acquisto per le prestazioni di dialisi, radioterapia, OBI nonché le prestazioni di assistenza specialistica erogate nei pronto soccorso regionali per accessi non seguiti da ricovero;

CONSIDERATO che, per effetto dell'incidenza dei costi per le attività di dialisi, radioterapia e accessi in PS non seguiti da ricovero, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggetta al tetto di spesa, è determinato in complessivi € 304.207.552,28 così ripartiti:

- € 217.560.170,71 per le prestazioni di Altra Specialistica + Laboratorio di analisi;
- € 12.051.348,94 per le prestazioni critiche;
- € 39.436.688,36 per le prestazioni APA;
- € 35.159.344,27 per le prestazioni di Risonanza Magnetica;

TENUTO CONTO che il tetto massimo di finanziamento 2021 di € 304.207.552,28 comprende:

- la conferma dello stesso valore di budget alle strutture che hanno sottoscritto il contratto per l'anno 2020, (fatto salvo gli eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* e tenendo conto di eventuali accantonamenti);
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alle ASL RM 1, RM5 e Frosinone per il potenziamento dell'offerta per l'acquisto di prestazioni PET e PET/TC di cui al DCA 82/2020;
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alla ASL di Latina per l'unificazione del budget della casa di cura ICOT di Latina, come richiesto con nota prot. n. 474586/2021;
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alle ASL RM 2 e ASL RM 3 per le strutture Policlinico Casilino, Poliambulatorio di via Casilina n. 1040 e Policlinico di Liegro in considerazione della conclusione del percorso di riconduzione nell'alveo di quanto disposto dal d. lgs. n. 502/92 e s.m.i.”;
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alle ASL RM 1, RM 2, RM 3, RM 4, Viterbo, Latina e Frosinone nel cui territorio insistono le strutture che hanno sottoscritto le intese oggetto di riconversione, in attuazione del DM 2 aprile 2015, n.70, attraverso il trasferimento del budget dal setting ospedaliero a quello specialistico ambulatoriale, come approvato nelle singole intese;

STABILITO che il livello massimo di finanziamento per la specialistica ambulatoriale deve intendersi al lordo del ticket, con evidenza del ticket e del netto stimato e che l'incidenza percentuale previsionale a livello regionale, per ogni linea di attività, stimata sui dati di attività è riportata nella sottostante tabella:

Tipologia	Laboratorio analisi e Altra Specialistica	Altra specialistica – budget dedicato –	RMN	APA
Percentuale ticket stimato	11%	11%	9%	3%

RICHIAMATA la DGR 339/2021, nella parte in cui prevede l'adozione di misure *ad hoc* per il potenziamento nell'esecuzione delle prestazioni critiche, volto a ridurre le liste d'attesa e a favorire la deospedalizzazione, tramite l'erogazione di prestazioni sanitarie in *settings* assistenziali più appropriati mediante l'incentivazione delle procedure APA (Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali);

TENUTO CONTO delle disposizioni ivi contenute con le quali, in analogia con quanto stabilito con la DGR 689/2020, anche per l'anno 2021 è previsto che le strutture private accreditate possano presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per il trasferimento, fino ad un massimo del 20% del budget assegnato per acuti (escluso il F.R.A.C.), incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. “prestazioni critiche” e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura stessa;

STABILITO che tale richiesta dovrà essere preceduta da formale istanza da parte della singola struttura privata accreditata (incluse quelle già autorizzate per l'anno 2020) rivolta alla propria ASL e, per conoscenza, alla Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, da produrre entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURL;

STABILITO altresì, che nei successivi 15 giorni, la ASL provvederà alla verifica istruttoria della richiesta e, in caso di esito positivo, adoterà la relativa delibera aziendale con la quale riceverà la rimodulazione del budget da ospedaliero ad ambulatoriale per singola struttura sulla base delle richieste pervenute ed approvate entro i termini definiti;

STABILITO che tali richieste, relative al trasferimento del budget dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale, una volta approvate dall'Azienda sanitaria, recepite all'interno delle delibere aziendali e dagli accordi contrattuali 2021, dovranno intendersi definitive a partire dal corrente anno fino a diverse determinazioni dell'amministrazione regionale per consentire di programmare e potenziare l'offerta sanitaria dell'assistenza territoriale, abbattere i tempi di attesa sia della specialistica che della chirurgia ambulatoriale, fatto salvo eventuali rivalutazioni del fabbisogno che potrebbero rendersi necessarie;

RITENUTO pertanto, di procedere per l'anno 2021 all'assegnazione del livello massimo di finanziamento alle Aziende sanitarie del Lazio per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette al tetto di spesa, ovvero: altra specialistica, laboratorio analisi, APA e RMN, stabilendo che le risorse destinate alle prestazioni ambulatoriali di radioterapia e dialisi—poiché non soggette ai vincoli del tetto di spesa- sarà riconosciuta la remunerazione della produzione complessivamente erogata nel corso del 2021;

STABILITO inoltre che, relativamente alla remunerazione delle prestazioni incluse in “*Altra Specialistica e Laboratorio Analisi*”, il livello massimo di finanziamento 2021 è composto da un budget “indistinto” per l'esecuzione di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, comprese quelle afferenti la “*branca 00 – Laboratorio di analisi*”, ad eccezione degli ambulatori territoriali con annesso il laboratorio di analisi che abbiano aderito ad aggregazioni ai sensi del DCA n. 115/2017, sottoscrivendo il contratto in forma aggregata, per i quali non è prevista l'assegnazione di un budget indistinto, al fine di non compromettere il processo di riorganizzazione approvato con il DCA n. 115/2017;

STABILITO che le ASL procederanno all'assegnazione del budget 2021 secondo il seguente schema:

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

- Budget *RMN* e *APA*, pari al valore assegnato nel 2021;
- Budget *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi* distinto tra:
 - budget “dedicato”, pari al valore assegnato nel 2021;
 - budget “indistinto” per *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2021;

Strutture territoriali ambulatoriali che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2021;
- Budget “indistinto” *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2021;

Strutture territoriali ambulatoriali che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2021;

- Budget *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2021;
- Budget *Altra Specialistica*, pari al valore assegnato nel 2021;

STABILITO che le ASL potranno adeguare i budget assegnati nel 2021 tenendo conto di eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* nell'anno 2020;

STABILITO che, 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 che le strutture territoriali ambulatoriali, ancorché non soggette all'assegnazione di un 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 siano registrati particolari disagi nei tempi di attesa;

RITENUTO 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 o utilizzando eventuali economie, purché la scelta sia supportata da elementi di oggettiva valutazione del fabbisogno assistenziale del territorio e della tutela della salute, che andranno riportati puntualmente nell'atto deliberativo della ASL;

ATTESO che:

- le ASL, nell'esercizio della propria funzione di committenza, definiscono con proprio provvedimento entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto, i tetti di spesa (budget) per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per singolo soggetto erogatore afferente al proprio ambito territoriale, secondo i limiti e le modalità indicati nel presente provvedimento e nell' **Allegato 1 Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2021** (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* e tenendo conto degli eventuali accantonamenti);

-i livelli massimi di finanziamento assegnati alle ASL si riferiscono anche a 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;

- 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.;

- 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;

- 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;

- al soggetto erogatore viene riconosciuta la rispettiva 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;

- i tetti di spesa di cui al presente provvedimento potrebbero subire eventuali modifiche a seguito di specifiche indicazioni previste nel richiamato decreto ministeriale di cui all'art. 29 del D.L. 73/2021;

RITENUTO di approvare l'**Allegato 1** - *Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2021*, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, contenente le Tabelle distinte per specialità, relative al livello massimo di finanziamento per ASL per l'acquisto delle prestazioni di Specialistica ambulatoriale soggette a tetto;

RITENUTO di approvare l'**Allegato 2** - *Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche e procedure APA* - 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 nonché l'elenco degli APA codificati dalla Regione Lazio;

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

DETERMINA

- che, in attuazione della DGR 339 del 8 giugno 2021, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale dai soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2021, è fissato complessivamente in € 487.585.000,00;

- che, per effetto dell'incidenza dei costi per le attività di dialisi, radioterapia e accessi in PS non seguiti da ricovero, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggetta al tetto di spesa, è determinato in complessivi € 304.207.552,28 così ripartiti:

- € 217.560.170,71 per le prestazioni di Altra Specialistica + Laboratorio di analisi;
- € 12.051.348,94 per le prestazioni critiche;
- € 39.436.688,36 per le prestazioni APA;
- € 35.159.344,27 per le prestazioni di Risonanza Magnetica;

che il tetto massimo di finanziamento 2021 di € 304.207.552,28 comprende:

- la conferma dello stesso valore di budget alle strutture che hanno sottoscritto il contratto per l'anno 2020, (fatto salvo gli eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* e tenendo conto di eventuali accantonamenti);
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alle ASL RM 1, RM5 e Frosinone per il potenziamento dell'offerta per l'acquisto di prestazioni PET e PET/TC di cui al DCA 82/2020;
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alla ASL di Latina per l'unificazione del budget della casa di cura ICOT di Latina, come richiesto con nota prot. n. 474586/2021;
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alle ASL RM 2 e ASL RM 3 per le strutture Policlinico Casilino, Poliambulatorio di via Casilina n. 1040 e Policlinico di Liegro in considerazione della conclusione del percorso di riconduzione di cui al D.Lgs. 502/92 come previsto dalla determinazione n. G06829/2021;
- l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alle ASL RM 1, RM 2, RM 3, RM 4, Viterbo, Latina e Frosinone nel cui territorio insistono le strutture che hanno sottoscritto le intese, oggetto di riconversione, in attuazione del DM 2 aprile 2015, n.70, attraverso il trasferimento del budget dal setting ospedaliero a quello specialistico ambulatoriale come contenuto nelle singole intese;

- che, in esito alla sentenza n. 14129/2020 del TAR Lazio ottemperata con provvedimento del commissario ad acta del 28 maggio 2021, si procede all'accantonamento della somma di euro 1,5 milioni a valere sul livello massimo di finanziamento complessivo riferito all'assistenza specialistica, fissato con DGR 339/2021, in base al principio di prudenza contabile;

- che il livello massimo di finanziamento per la specialistica ambulatoriale deve intendersi al lordo del ticket, con evidenza del ticket e del netto stimato e che l'incidenza percentuale previsionale a livello regionale, per ogni linea di attività, stimata sui dati di attività è riportata nella sottostante tabella:

Tipologia	Laboratorio analisi e Altra Specialistica	Altra specialistica – budget dedicato –	RMN	APA
Percentuale ticket stimato	11%	11%	9%	3%

- Il differimento, anche per l'esercizio 2021, di quanto previsto dal DCA 246/2019 circa il potenziamento dell'offerta di prestazioni critiche sia da parte delle strutture ospedaliere che di quelle ambulatoriali;

- che, anche per l'anno 2021, le strutture private accreditate possono presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per il trasferimento, fino ad un massimo del 20% del budget assegnato per acuti (escluso il F.R.A.C.), incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. "prestazioni critiche" e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla medesima struttura;

- che tale richiesta deve essere preceduta da formale istanza da parte della singola struttura privata accreditata (incluse quelle già autorizzate per l'anno 2020) rivolta alla propria ASL e, per conoscenza,

alla Direzione Salute e integrazione socio sanitaria, da trasmettersi entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURL;

- che nei successivi 15 giorni, la ASL procederà alla verifica istruttoria della richiesta e, in caso di esito positivo, adotterà la relativa delibera aziendale con la quale riceverà la rimodulazione del budget da ospedaliero ad ambulatoriale per singola struttura sulla base delle richieste pervenute ed approvate entro i termini definiti;

- che tali richieste, relative al trasferimento del budget dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale, una volta approvate dall'Azienda sanitaria, recepite all'interno delle delibere aziendali e dagli accordi contrattuali 2021, dovranno intendersi definitive a partire dal corrente anno fino a diverse determinazioni dell'amministrazione regionale per consentire di programmare e potenziare l'offerta sanitaria dell'assistenza territoriale, abbattere i tempi di attesa sia della specialistica che della chirurgia ambulatoriale, fatto salvo eventuali rivalutazioni del fabbisogno che potrebbero rendersi necessarie;

- di approvare l'**Allegato 1** - *Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2021*, che è parte integrante del presente provvedimento, che contiene le tabelle distinte per specialità, relative al livello massimo di finanziamento per singola ASL per l'acquisto delle prestazioni di Specialistica ambulatoriale soggette a tetto distinto per tipologia prestazionale con evidenza del ticket e del netto stimato;

- di approvare l'**Allegato 2** - *Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche e procedure APA* - 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 nonché l'elenco degli APA codificati dalla Regione Lazio;

- che le ASL, nell'esercizio della propria funzione di committenza, definiscono entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto con proprio 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 e nell' Allegato 1 Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2021;

- che le ASL procederanno all'assegnazione del budget 2021 secondo il seguente schema:

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

- Budget *RMN* e *APA*, pari al valore assegnato nel 2021;
- Budget *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi* distinto tra:
 - budget "dedicato", pari al valore assegnato nel 2021;
 - budget "indistinto" per *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2021;

Strutture territoriali ambulatoriali che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2021;

- Budget “indistinto” *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2021;
- Strutture territoriali ambulatoriali che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:
- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2021;
 - Budget *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2021;
 - Budget *Altra Specialistica*, pari al valore assegnato nel 2021;
- che le ASL potranno adeguare i budget assegnati nel 2021 tenendo conto di eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* nell'anno 2020;
- che, 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 saturato 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;
- che i livelli massimi di finanziamento fissati per il 2021 dovranno, comunque, riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla pubblicazione del presente atto;
- che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale di cui alla presente determinazione 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 il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL rappresenta limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento (budget) assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
- che i livelli massimi di finanziamento assegnati alle ASL si riferiscono anche a 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 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;

Le ASL sono tenute alle dovute attività di vigilanza, ivi compresa la soprarichiamata verifica del possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura, la verifica della qualità delle prestazioni erogate e la coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate, la coerenza della produzione erogata con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta (60) giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi (120).

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e notificato alle Aziende sanitarie tramite PEC.

MASSIMO ANNICHIARICO

Allegato 1

Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2021

APA 2021			
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	NETTO
120201 - ASL RM1	14.684.754,20	440.542,63	14.244.211,57
120202 - ASL RM2	12.584.584,53	377.537,54	12.207.046,99
120104 - ASL RM3	5.119.949,79	153.598,49	4.966.351,30
120106 - ASL RM4	1.161.131,00	34.833,93	1.126.297,07
120108 - ASL RM6	2.981.042,64	89.431,28	2.891.611,36
120111 - LT	1.643.972,78	49.319,18	1.594.653,60
120112 - FR	1.261.253,42	37.837,60	1.223.415,82
Totale complessivo	39.436.688,36	1.183.100,65	38.253.587,71

RISONANZA MAGNETICA 2021			
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	NETTO
120201 - ASL RM1	5.565.780,16	500.920,21	5.064.859,95
120202 - ASL RM2	6.948.424,10	625.358,17	6.323.065,93
120104 - ASL RM3	6.925.255,38	623.272,98	6.301.982,40
120106 - ASL RM4	1.492.152,12	134.293,69	1.357.858,43
120107 - ASL RM5	5.207.011,62	468.631,05	4.738.380,57
120108 - ASL RM6	2.970.158,48	267.314,26	2.702.844,21
120111 - LT	2.148.992,82	193.409,35	1.955.583,47
120112 - FR	3.901.569,59	351.141,26	3.550.428,33
Totale complessivo	35.159.344,27	3.164.340,98	31.995.003,28

ALTRA SPECIALISTICA - PRESTAZIONI CRITICHE 2021			
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	NETTO
120201 - ASL RM1	6.004.850,56	660.533,56	5.344.317,00
120202 - ASL RM2	3.682.940,04	405.123,40	3.277.816,64
120104 - ASL RM3	1.416.203,63	155.782,40	1.260.421,23
120106 - ASL RM4	28.913,22	3.180,45	25.732,77
120107 - ASL RM5	26.786,64	2.946,53	23.840,11
120108 - ASL RM6	516.082,79	56.769,11	459.313,68
120109 - VT	16.542,35	1.819,66	14.722,69
120111 - LT	263.036,55	28.934,02	234.102,53
120112 - FR	95.993,16	10.559,25	85.433,91
Totale complessivo	12.051.348,94	1.325.648,38	10.725.700,56

Allegato 1
Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2021

ALTRA SPECIALISTICA+LABORATORIO ANALISI 2021			
AZIENDA SANITARIA	LORDO	TICKET	NETTO
120201 - ASL RM1	97.505.611,95	10.725.617,32	86.779.994,64
120202 - ASL RM2	52.486.680,38	5.773.534,84	46.713.145,54
120104 - ASL RM3	20.884.056,95	2.297.246,26	18.586.810,69
120106 - ASL RM4	2.829.538,60	311.249,25	2.518.289,35
120107 - ASL RM5	12.896.699,39	1.418.636,93	11.478.062,46
120108 - ASL RM6	10.819.751,68	1.190.172,69	9.629.579,00
120109 - VT	2.971.663,71	326.883,01	2.644.780,70
120110 - RI	1.334.499,45	146.794,94	1.187.704,51
120111 - LT	10.054.202,78	1.105.962,31	8.948.240,47
120112 - FR	5.777.465,81	635.521,24	5.141.944,57
Totale complessivo	217.560.170,71	23.931.618,78	193.628.551,93

Allegato 2 - Elenco delle prestazioni critiche e procedure A.P.A.

	Visite specialistiche	Codice Nomenclatore
1	Prima visita cardiologica	89.7
2	Prima visita chirurgia vascolare	89.7
3	Prima visita endocrinologica	89.7
4	Prima visita neurologica	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7
7	Prima visita ginecologica	89.26
8	Prima vista otorinolaringoiatrica	89.7
9	Prima vista urologica	89.7
10	Prima visita dermatologica	89.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7
12	Prima visita gastroenterologica	89.7
13	Prima visita oncologica	89.7
14	Prima visita pneumologica	89.7

	Prestazioni strumentali	Codice Nomenclatore
15	Mammografia bilaterale ER	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2
17	TC del Torace	87.41
18	TC del Torace senza e con MDC	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6
25	TC Cranio encefalo	87.03
26	TC Cranio encefalo senza e con MDC	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2
32	TC del rachide e dello speco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2
33	TC di bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2
50	Ecocolodoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2

	Altri esami specialistici	Codice Nomenclatore
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23
52	Polipctomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16
56	Elettrocardiogramma	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2
63	Fotografia del fundus	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
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
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo fino a 4 muscoli. Analisi quantitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e Polisonnografia (89.17)	93.08.1
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli.	93.08.1
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	93.08.1
69	EMG dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1

	A.P.A.	Codice Nomenclatore
70	Tunnel Carpale	04.43
71	Liberazione del tunnel tarsale	04.44
72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	08.72
73	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore	08.74
74	Cataratta	13.41
75	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fachico)	13.70.1
76	Impianto secondario di cristallino artificiale	13.72
77	Rimozione di cristallino artificiale impiantato	13.8
78	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	14.75.1
79	Ministripping delle vene dell'arto inferiore	38.59.1
80	Interventi endovascolari sulle varici	38.59.2
81	Intervento sulle emorroidi	49.46
82	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta	53.00.1
83	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta	53.00.2
84	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi	53.21.1
85	Riparazione monolaterale di ernia crurale	53.29.1
86	Riparazione di ernia ombelicale con protesi	53.41
87	Riparazione di ernia ombelicale	53.49.1
88	Circoncisione terapeutica	64.0
89	Dilatazione e raschiamento dell'utero	69.09
90	Riparazione di dito a martello/artiglio	77.56
91	Artroscopia sede non specificata	80.20
92	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea e interfalangea senza impianto	81.72
93	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto	81.75
94	Lisi di aderenze della mano	82.91
95	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	84.01
96	Amputazione e disarticolazione del pollice	84.02
97	Amputazione di dita del piede	84.11
98	Intervento sulla cute per patologie benigne	86.3.6
99	Intervento sulla cute per patologie neoplastiche	86.4.7
100	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. prima seduta.	98.51.1
101	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale per seduta successiva alla prima	98.51.2
102	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica. Per seduta.	98.51.3