

# Regione Lazio

## DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 30 dicembre 2024, n. G18185

**Definizione ed assegnazione alle ASL del livello massimo di finanziamento per l'anno 2025 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024**

**OGGETTO:** Definizione ed assegnazione alle ASL del livello massimo di finanziamento per l'anno 2025 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024;

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE  
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

**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*" e s.m.i, 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,e degli Uffici ;

**VISTO** che con deliberazione n. 234 del 25 maggio 2023 la Giunta Regionale ha conferito l'incarico di Direttore della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dr. Andrea Urbani;

**VISTI:**

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente "*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*";
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*";
- 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*";
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i. avente ad oggetto "*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 DPCM 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;

- il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 di aggiornamento, tra l'altro, dei requisiti di accreditamento;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019) concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021;
- 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 DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”* in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020 n. 406 *“Preso 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 Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante *“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*;
- la Deliberazione n. 939 del 15 novembre 2024 recante: Adozione del *“Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”*;

**VISTI:**

- la Legge Regionale 29 dicembre 2023 n. 23 recante: *“Legge di stabilità Regionale 2024*;
- la legge Regionale 29 dicembre 2023 n. 24 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della regione Lazio”*;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2023 n. 980 recante: *Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese*;
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023 n. 981 recante: *Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale",*

*ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;*

- la Deliberazione della Giunta Regionale 14 febbraio 2024, n. 75, concernente: “*Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2024-2026 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 1;*”
- la Deliberazione Giunta del 24 aprile 2024, n. 284, recante: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Aggiornamento del Bilancio finanziario gestionale in relazione all’assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 981/2023, ai sensi dell’articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11*”
- il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: “*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*” e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;

**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*”, in particolare:

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

**CONSIDERATO** che nel corso degli anni è emersa, sempre più, la necessità di assicurare che le strutture sanitarie private che erogano prestazioni con onere a carico del SSR posseggano, oltre ai requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento, anche requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione nel rapporto con la pubblica amministrazione anche al fine di elevare *standard* di qualità e trasparenza;

**VISTI**, con riferimento all'Accordo/Contratto di *budget ex art. 8-quinquies* del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e al regolamento sulle modalità di fatturazione e pagamento:

- il DCA n. 247/2019, recante “*Approvazione modifiche alla Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS Pubblici, dell’Azienda ARES 118 e della Fondazione Policlinico Tor Vergata - ex DCA n. U00032 del 30 gennaio 2017*”;
- la DGR n. 695 del 4 agosto 2022, recante “*Approvazione modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui al DCA n. 243/2019*”, con la quale è stato approvato lo schema contrattuale per il triennio 2022-2024, valido per tutte le strutture private accreditate;
- la DGR n. 310 del 20 giugno 2023, recante “*Modifiche ed integrazioni artt. 1, 8 e 15 dell’Accordo/Contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. 2022-2024 ex DGR n. 695/2022 e Corrispettivo 2023. Approvazione schema Addendum*”, con la quale, tra l'altro, è stato confermato, con riferimento a tutti i contratti in ambito sanitario, l'aggiornamento

del testo della Disciplina Uniforme di cui al citato DCA n. 247/2019, quale parte integrante e sostanziale dell'Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

- la DGR n. 977 del 28 dicembre 2023, con la quale è stato, tra l'altro, approvato lo schema di Addendum contrattuale 2024, che regola il corrispettivo per l'anno 2024 e modifica parzialmente la Disciplina giuridica triennale del contratto di budget 2022-2024 ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di cui alla DGR n. 695/2022, come modificata con DGR n. 310/2023;
- la DGR n. 126 del 28 febbraio 2024, con la quale sono state introdotte ulteriori modifiche allo schema contrattuale per l'anno 2024;
- la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024 con la quale è stato approvato, tra l'altro, lo schema di Accordo/Contratto di budget ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per il biennio 2025-2026;

**VISTI**, con riferimento alle liste di attesa delle prestazioni sanitarie:

- il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa 2019- 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- il Decreto del Commissario ad acta del 30 aprile 2019, n. U00152, avente per oggetto: *“Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”* con la quale è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;
- il Decreto del Commissario ad acta 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: *“Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”* con il quale è stato approvato e adottato il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021;
- il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107 (in G.U. 31/07/2024, n. 178): *“Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Decreto-Legge”*;
- la DGR n. 777 del 10 ottobre 2024, avente ad oggetto: *“Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024”*;

**CONSIDERATI**, altresì, i provvedimenti vigenti, adottati dalla Regione Lazio in materia di Agende digitali;

**VISTA** la DGR n. 977 del 28.12.2023 recante:” *Definizione dei livelli massimi di finanziamento e*

*dei criteri assegnazione dei budget 2024, definizione delle regole di remunerazione, revisione parziale dello schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023*” con la quale – in particolare per la specialistica ambulatoriale – si è proceduto ad una parziale revisione della distribuzione del livello massimo di finanziamento per ambiti assistenziali, prevedendo l’attribuzione del budget per prestazioni critiche anche per le strutture territoriali senza posti letto in Regime Ordinario/D.H. nella misura del 40% del budget Altra specialistica/indistinto e riducendo del medesimo importo il budget altra Specialistica- Indistinto e, per le strutture con posti letto di ricovero ordinario/DH, un incremento di tale budget sino al valore del 40% del valore assegnato per Altra specialistica/indistinto per l’anno 2023 e riducendo del medesimo importo il budget altra Specialistica- Indistinto;

**VISTA** la DGR 126 del 28 febbraio 2024 recante *“Modifica della DGR 977 del 28 dicembre 2023 “Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di assegnazione dei budget 2024, determinazione delle regole di remunerazione, modifica parziale della Disciplina giuridica dell’Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022, come modificato dalla DGR n. 310/2023 e approvazione schema di Addendum contrattuale 2024”;*

**VISTA** la determinazione G17719 del 29 dicembre 2024 recante: *“Definizione ed assegnazione alle ASL del livello massimo di finanziamento per l’acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della D.G.R. n. 977 del 28 luglio 2024 ”* con la quale sono stati fissati i livelli massimi di finanziamento per l’anno 2024 per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR secondo i sopracitati criteri;

**PRESO ATTO** delle delibere aziendali - agli atti dell’Area Programmazione della rete ospedaliera e Specialistica– con le quali sono stati assegnati i budget 2024 per la specialistica ambulatoriale alle strutture insistenti nei rispettivi territori;

**RICHIAMATI**, in relazione al fabbisogno di assistenza specialistica:

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1130 del 19 dicembre 2024 con la quale è stato approvato, con validità a far data dal 1 gennaio 2025, il documento tecnico denominato: *“Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio: stima del fabbisogno. Rapporto tecnico”, elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale (DEP) - Regione Lazio;*
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1114 del 19 dicembre 2024 con la quale è stato approvato il documento denominato *“Registro Regionale Dialisi e Trapianto Lazio Rapporto”;*

**RICHIAMATO** integralmente il contenuto della nota prot. n. 1539388 del 13 dicembre 2024 con cui la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha trasmesso alle Associazioni di categoria, ai Policlinici Universitari privati e alla Fondazione IRCCS Santa Lucia la comunicazione in merito al procedimento di definizione dei livelli massimi di finanziamento e relativi criteri di assegnazione dei

*budget 2025*, alle regole di remunerazione e all'aggiornamento dello schema di Accordo/Contratto ex art. 8-*quinquies* D. Lgs. 502/92 e s.m.i. approvato con DGR n. 695/2022 e s.m.i.;

**VISTA** la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: “*Definizione dei livelli massimi di finanziamento, dei criteri di assegnazione dei budget 2025 e delle regole di remunerazione. Modifiche allo schema di Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. per gli anni 2025-2026*”;

**RILEVATO** che la suddetta DGR prevede in particolare, per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale quanto segue:

- che i *budget* da assegnare per l'assistenza specialistica sono riorganizzati nei seguenti ambiti:
  - Prestazioni Critiche: con tale *budget* verranno remunerate tutte le prestazioni cd. “*critiche*” individuate nell'elenco **Allegato 2** alla medesima DGR, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, che comprende le prestazioni critiche di cui al Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa, le PET/TC, le prestazioni critiche secondo i nuovi LEA, le prestazioni critiche della Risonanza Magnetica, nonché le prestazioni rilevate come “*critiche*” nella Regione Lazio per lista di attesa e patologia;
  - Altra Specialistica: con tale *budget* verranno remunerate tutte le prestazioni non incluse nell'elenco delle soprarichiamate prestazioni critiche, ivi comprese le prestazioni “non critiche” della Risonanza Magnetica (RMN);
  - Laboratorio Analisi: con tale *budget* verranno remunerate tutte le prestazioni di laboratorio analisi (branca 00);
  - APA: con tale *budget* verranno remunerate tutte le prestazioni erogate in APA;
- che i livelli massimi di finanziamento stanziati per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica nell'esercizio 2025, ammontano ad euro 353.437.972,03 e che tale finanziamento conferma, in primis, i budget complessivi per struttura assegnati nel 2024 e comprende:
  - i. il finanziamento per l'acquisto delle Prestazioni cd. “*Critiche*” (di cui all'elenco allegato al medesimo provvedimento - Allegato 2);
  - ii. il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Altra Specialistica non incluse nell'elenco delle soprarichiamate prestazioni critiche;
  - iii. le prestazioni di RMN, contenute all'interno del finanziamento per le Prestazioni Critiche e le prestazioni di Altra Specialistica in quanto per le stesse non è più previsto un budget specifico, né le fasce di accreditamento con il relativo tetto massimo delle prestazioni;

- iv. il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Laboratorio Analisi;
  - v. il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni in APA;
  - vi. un finanziamento aggiuntivo finalizzato ad assicurare un equilibrio tra il profilo assistenziale Ospedaliero e il profilo assistenziale Specialistica Ambulatoriale nella misura di almeno il 10%, da assegnare esclusivamente alle strutture con posti letto di ricovero che abbiano una proporzione tra i due profili assistenziali al di sotto di tale percentuale (10%), così da coprire la domanda assistenziale sia dei pazienti presi in carico che dei pazienti che accedono direttamente dall'esterno agli ambulatori della struttura stessa. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra tutti gli ambiti di specialistica tenendo conto delle specificità delle strutture coinvolte;
  - vii. un finanziamento aggiuntivo da assegnare alle strutture che hanno rispettato gli obblighi contrattuali in relazione alle integrazioni con il Sistema ReCUP, in particolare: i) almeno il 70% delle prestazioni critiche erogate dalla struttura è stato prenotato attraverso il ReCUP ovvero ii) la struttura ha messo a disposizione almeno il 50% delle Agende ReCUP per l'anno 2025. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra gli ambiti Prestazioni Critiche e Apa, ferma restando l'attenta valutazione delle specifiche peculiarità delle strutture coinvolte;
  - viii. un finanziamento aggiuntivo da assegnare alle Aziende Sanitarie Locali per l'eventuale acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale dalle strutture private di nuovo accreditamento e/o per soddisfare specifici fabbisogni del territorio, anche in considerazione dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore;
- che il finanziamento per le prestazioni di dialisi e radioterapia per l'anno 2025 è stimato in una quota pari ad euro 191.544.975,85, determinato in considerazione della produzione erogata nel 2024;
  - che il finanziamento per le prestazioni di diagnostica, di laboratorio e delle visite mediche, erogate sugli accessi non seguiti da ricovero e per le prestazioni erogate in OBI per l'anno 2025 è stimato in una quota pari ad euro 35.027.633,86, determinato in considerazione della produzione erogata nel 2023, e che tale quota di finanziamento potrà subire delle variazioni a seguito del consolidamento dei dati effettivi di produzione e della relativa valorizzazione in applicazione delle regole di remunerazione ad oggi vigenti;
  - che viene confermata la previsione dell'osmosi tra l'ambito Prestazioni Critiche e Altra Specialistica, di cui alla DGR n. 977/2023, qualora il *budget* assegnato per le prestazioni di Altra Specialistica non sia stato completamente eroso e le Prestazioni Critiche abbiano saturato completamente il budget dedicato a tali prestazioni; in tal caso potrà essere utilizzata la parte disponibile del *budget* di Altra Specialistica per la remunerazione delle prestazioni critiche;

- che non viene confermata per l'esercizio 2025 *“la possibilità per le strutture private accreditate di presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per un eventuale trasferimento, fino ad un massimo del 20% dell'attuale budget assegnato per acuti, incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. prestazioni critiche, PET, PET/TC e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura stessa”* e che i trasferimenti effettuati nel 2024 hanno effetti solo per tale esercizio, in considerazione delle misure adottate anche con il presente atto di potenziamento dell'offerta ospedaliera e specialistica;

**VISTA** la nota prot. 1563573 del 19 dicembre 2024 con la quale l'Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Specialistica ha chiesto alla Società Lazio Crea, tra l'altro, estrazione con l'ultimo aggiornamento della situazione delle strutture private accreditate in merito agli adempimenti sul sistema REcup in relazione al rendicontato SIASXL prenotato su ReCup nell'anno 2024 (totale e solo prestazioni critiche) e alla messa a disposizione delle agende per il 2025

**VISTA** la comunicazione di riscontro prot. 1583934 del 30 dicembre 2024;

**PRESO ATTO** dei dati di produzione 2023 e 2024 posti a disposizione dalla competente Area Innovazione e ICT sulla piattaforma di condivisione, inclusi quelli relativi all'acquisto di prestazioni di dialisi, radioterapia e pronto soccorso;

**CONSIDERATO** che il finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, pari ad € 353.437.972,03 che conferma, in primis, i budget complessivi per struttura assegnati nel 2024, comprende:

- il finanziamento per l'acquisto delle Prestazioni cd. *“Critiche”* (di cui all'elenco Allegato 2 della DGR);
- 
- il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Altra Specialistica non incluse nell'elenco delle soprarichiamate prestazioni critiche;
- il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Laboratorio Analisi;
- il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni in APA;
- un finanziamento aggiuntivo finalizzato ad assicurare un equilibrio tra il profilo assistenziale Ospedaliero e il profilo assistenziale Specialistica Ambulatoriale nella misura proporzionale di almeno il 10%, da assegnare esclusivamente alle strutture con posti letto di ricovero che abbiano una proporzione tra i due profili assistenziali al di sotto di tale percentuale (10%), così da coprire la domanda assistenziale sia dei pazienti presi in carico che dei pazienti che accedono direttamente dall'esterno agli ambulatori della struttura stessa. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra tutti gli ambiti di specialistica tenendo conto delle specificità delle strutture coinvolte;

- un finanziamento aggiuntivo da assegnare alle strutture che hanno rispettato gli obblighi contrattuali in relazione alle integrazioni con il Sistema ReCUP, in particolare: i) almeno il 70% delle prestazioni critiche erogate dalla struttura è stato prenotato attraverso il ReCUP ovvero ii) la struttura ha messo a disposizione almeno il 50% delle Agende ReCUP per l'anno 2025. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra gli ambiti Prestazioni Critiche e Apa, ferma restando l'attenta valutazione delle specifiche peculiarità delle strutture coinvolte;
- un finanziamento aggiuntivo da assegnare alle Aziende Sanitarie Locali per l'eventuale acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale dalle strutture private di nuovo accreditamento e/o per soddisfare specifici fabbisogni del territorio, anche in considerazione dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore;

**STABILITO**, altresì che le prestazioni di RMN, sono contenute all'interno del finanziamento per le Prestazioni Critiche e le prestazioni di Altra Specialistica in quanto per le stesse non è più previsto un budget specifico, né le fasce di accreditamento con il relativo tetto massimo delle prestazioni;

**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 2024 è riportata nella sottostante tabella:

ALTRA SPECIALISTICA	LABORATORIO ANALISI	PRESTAZIONI CRITICHE	APA
17%	17%	22%	3%

**CONSIDERATO** che la sopracitata la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024 stabilisce:

- di non confermare per l'esercizio 2025 *“la possibilità per le strutture private accreditate di presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per un eventuale trasferimento, fino ad un massimo del 20% dell'attuale budget assegnato per acuti, incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. prestazioni critiche, PET, PET/TC e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura stessa”* e che i trasferimenti effettuati nel 2024 hanno effetti solo per tale esercizio, in considerazione delle misure adottate anche con il presente atto di potenziamento dell'offerta ospedaliera e specialistica;
- che le risorse destinate ad uno specifico profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale) non possono essere utilizzate per la copertura degli oneri derivanti dall'erogazione di prestazioni di un altro profilo con onere a carico del SSR e che il finanziamento non può essere spostato da un profilo assistenziale diverso da quello per cui è stato assegnato;
- che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, al fine di adeguare l'offerta presente sul territorio al reale fabbisogno di salute della popolazione, potrà valutare la

possibilità di spostare il finanziamento assegnato ai diversi regimi/settings assistenziali, purché entro i limiti dello stesso profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale);

**RITENUTO**, pertanto, di procedere per l'anno 2025 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: Prestazioni Critiche, Altra Specialistica, Laboratorio Analisi e APA;

**STABILITO** pertanto che le ASL procederanno all'assegnazione dei budget 2025 secondo il seguente schema:

**Ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH:**

1. **Budget APA:** pari al valore assegnato nel 2024 (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis*);
2. **Budget per Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi:** per l'assegnazione del budget negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi si dovrà tenere conto dell'incidenza percentuale della produzione erogata per l'anno 2024. Il valore massimo assegnato alla struttura nel 2024 (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis*), al netto del budget per APA, dovrà essere suddiviso, pertanto, negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi tenendo conto del peso di ciascun ambito rispetto alla produzione erogata nell'anno 2024, ferme restando le specificità di ciascuna struttura nonché le eventuali esigenze territoriali.
3. **Finanziamento aggiuntivo finalizzato ad assicurare un equilibrio tra il profilo assistenziale Ospedaliero e il profilo assistenziale Specialistica Ambulatoriale** nella misura di almeno il 10%, da assegnare esclusivamente alle strutture con posti letto di ricovero che abbiano una proporzione tra i due profili assistenziali al di sotto di tale percentuale (10%), così da coprire la domanda assistenziale sia dei pazienti presi in carico che dei pazienti che accedono direttamente dall'esterno agli ambulatori della struttura stessa. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra tutti gli ambiti di specialistica tenendo conto delle specificità delle strutture coinvolte;
4. **Finanziamento aggiuntivo da assegnare alle strutture che hanno rispettato gli obblighi contrattuali in relazione alle integrazioni con il Sistema ReCUP, in particolare:** i) almeno il 70% delle prestazioni critiche erogate dalla struttura è stato prenotato attraverso il ReCUP ovvero ii) la struttura ha messo a disposizione almeno il 50% delle Agende ReCUP per l'anno 2025. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra gli ambiti Prestazioni Critiche e Apa, ferma restando l'attenta valutazione delle specifiche peculiarità delle strutture coinvolte;

**Strutture territoriali Ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH)**

- 1. Budget per Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi** per l'assegnazione del budget negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi si dovrà tenere conto dell'incidenza percentuale della produzione erogata per l'anno 2024. Il valore massimo assegnato alla struttura nel 2024 (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis*) dovrà essere suddiviso, pertanto, negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi tenendo conto del peso di ciascun ambito rispetto alla produzione erogata nell'anno 2024, ferme restando le specificità di ciascuna struttura nonché le eventuali esigenze territoriali.
- 2. Finanziamento aggiuntivo da assegnare alle strutture che hanno rispettato gli obblighi contrattuali in relazione alle integrazioni con il Sistema ReCUP, in particolare:** i) almeno il 70% delle prestazioni critiche erogate dalla struttura è stato prenotato attraverso il ReCUP ovvero ii) la struttura ha messo a disposizione almeno il 50% delle Agende ReCUP per l'anno 2025. Tale incremento dovrà essere assegnato in nell'ambito Prestazioni Critiche, ferma restando l'attenta valutazione delle specifiche peculiarità delle strutture coinvolte;

**STABILITO** di prevedere altresì un fondo aggiuntivo nella misura pari a Euro 5.000.000 da assegnare alle Aziende Sanitarie Locali per l'eventuale acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale dalle strutture private di nuovo accreditamento e/o per soddisfare specifici fabbisogni del territorio, anche in considerazione dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore;

**STABILITO** di confermare la previsione dell'osmosi tra l'ambito Prestazioni Critiche e Altra Specialistica, di cui alla DGR n. 977/2023, qualora il *budget* assegnato per le prestazioni di Altra Specialistica non sia stato completamente eroso e le Prestazioni Critiche abbiano saturato completamente il budget dedicato a tali prestazioni; in tal caso potrà essere utilizzata la parte disponibile del *budget* di Altra Specialistica per la remunerazione delle prestazioni critiche;

**RICHIAMATO** quanto disposto in termini di riduzione dei budget da assegnare alle strutture private accreditate nell'esercizio 2025 di cui all'art. 7, rubricato "*Modifiche all'art. 12 del contratto 2022-2024*", dello schema di Addendum all'Accordo/Contratto ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. approvato con la DGR n. 126/2024" e nello specifico una riduzione del 10% dell'eventuale budget da assegnare nell'anno successivo nel caso di mancata emissione delle note di credito "*relative a crediti derivanti da controlli esterni concordati ovvero a crediti di qualsiasi natura ancora non recuperati finanziariamente dall'Azienda Sanitaria di competenza*";

**RILEVATO** che la sopracitata la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024 stabilisce che "*la riduzione del 10% dell'eventuale budget da assegnare nell'anno successivo*" di cui all'art. 7, rubricato "*Modifiche all'art. 12 del contratto 2022-2024*" dello schema di Addendum all'Accordo/Contratto

*ex art. 8-quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. approvato con la DGR n. 126/2024, è determinata decurtando dal budget da assegnare per l'annualità 2025 la quota del 10% del budget assegnato nel 2024 per la specifica attività assistenziale per cui le strutture private accreditate non hanno emesso le note di credito richieste dalle Aziende Sanitarie Locali”;*

**RITENUTO** di demandare alle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, in sede di sottoscrizione degli accordi contrattuali, l'applicazione della decurtazione del 10% del budget connessa alla mancata emissione di note di credito di cui al sopra richiamato art. 7, secondo le modalità stabilite con la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024;

**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 2025** (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;

**RITENUTO** di approvare l'**Allegato 1- Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2025**, che costituisce parte integrante del presente provvedimento,

contenente le Tabelle distinte per ambito, relative al livello massimo di finanziamento per ASL per l'acquisto delle prestazioni di Specialistica ambulatoriale soggette a tetto;

**RICHIAMATO** quanto stabilito, tra l'altro dalla sopracitata deliberazione la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024, per cui le prestazioni erogate non visibili e/o non collegate alle agende presenti sul sistema regionale ReCup a far data dallo 01/04/2025 non potranno essere remunerate e pagate;

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

#### **DETERMINA**

- in attuazione della DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024, il livello massimi di finanziamento stanziato per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica nell'esercizio 2025, pari ad euro 353.437.972,03 che conferma, in primis, i budget complessivi per struttura assegnati nel 2024 comprende:
  - il finanziamento per l'acquisto delle Prestazioni cd. "*Critiche*" (di cui all'elenco Allegato 2 della suddetta DGR);
  - il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Altra Specialistica non incluse nell'elenco delle soprarichiamate prestazioni critiche;
  - il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di Laboratorio Analisi;
  - il finanziamento per l'acquisto delle prestazioni in APA;
  - un finanziamento aggiuntivo finalizzato ad assicurare un equilibrio tra il profilo assistenziale Ospedaliero e il profilo assistenziale Specialistica Ambulatoriale nella misura proporzionale di almeno il 10%, da assegnare esclusivamente alle strutture con posti letto di ricovero che abbiano una proporzione tra i due profili assistenziali al di sotto di tale percentuale (10%), così da coprire la domanda assistenziale sia dei pazienti presi in carico che dei pazienti che accedono direttamente dall'esterno agli ambulatori della struttura stessa. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra tutti gli ambiti di specialistica tenendo conto delle specificità delle strutture coinvolte;
  - un finanziamento aggiuntivo da assegnare alle strutture che hanno rispettato gli obblighi contrattuali in relazione alle integrazioni con il Sistema ReCUP, in particolare: i) almeno il 70% delle prestazioni critiche erogate dalla struttura è stato prenotato attraverso il ReCUP ovvero ii) la struttura ha messo a disposizione almeno il 50% delle Agende ReCUP per l'anno 2025. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra gli ambiti Prestazioni Critiche e Apa, ferma restando l'attenta valutazione delle specifiche peculiarità delle strutture coinvolte;
  - un finanziamento aggiuntivo da assegnare alle Aziende Sanitarie Locali per l'eventuale acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale dalle strutture private di nuovo accreditamento e/o per soddisfare specifici fabbisogni del territorio, anche in considerazione dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore;

- che le prestazioni di RMN, sono contenute all’interno del finanziamento per le Prestazioni Critiche e le prestazioni di Altra Specialistica in quanto per le stesse non è più previsto un budget specifico, né le fasce di accreditamento con il relativo tetto massimo delle prestazioni;
- 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 2024 è riportata nella sottostante tabella:

ALTRA SPECIALISTICA	LABORATORIO ANALISI	PRESTAZIONI CRITICHE	APA
17%	17%	22%	3%

- in attuazione della sopracitata la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024, stabilire:
  - di non confermare per l’esercizio 2025 *“la possibilità per le strutture private accreditate di presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per un eventuale trasferimento, fino ad un massimo del 20% dell’attuale budget assegnato per acuti, incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. prestazioni critiche, PET, PET/TC e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura stessa”* e che i trasferimenti effettuati nel 2024 hanno effetti solo per tale esercizio, in considerazione delle misure adottate anche con il presente atto di potenziamento dell’offerta ospedaliera e specialistica;
  - che le risorse destinate ad uno specifico profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale) non possono essere utilizzate per la copertura degli oneri derivanti dall’erogazione di prestazioni di un altro profilo con onere a carico del SSR e che il finanziamento non può essere spostato da un profilo assistenziale diverso da quello per cui è stato assegnato;
  - che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, al fine di adeguare l’offerta presente sul territorio al reale fabbisogno di salute della popolazione, potrà valutare la possibilità di spostare il finanziamento assegnato ai diversi regimi/settings assistenziali, purché entro i limiti dello stesso profilo assistenziale (Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Territoriale);
- di approvare, pertanto, l’**Allegato 1** - *Livello massimo di finanziamento per l’attività di specialistica ambulatoriale 2025*, che è parte integrante del presente provvedimento, che contiene le tabelle distinte per ambiti, 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;

- 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 2025**;
- che le ASL procederanno all'assegnazione dei budget 2025 secondo il seguente schema:

**Ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH:**

1. **Budget APA:** pari al valore assegnato nel 2024 (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis*);
2. **Budget per Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi:** per l'assegnazione del budget negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi si dovrà tenere conto dell'incidenza percentuale della produzione erogata per l'anno 2024. Il valore massimo assegnato alla struttura nel 2024 (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis*), al netto del budget per APA, dovrà essere suddiviso, pertanto, negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi tenendo conto del peso di ciascun ambito rispetto alla produzione erogata nell'anno 2024, ferme restando le specificità di ciascuna struttura nonché le eventuali esigenze territoriali.
3. **Finanziamento aggiuntivo finalizzato ad assicurare un equilibrio tra il profilo assistenziale Ospedaliero e il profilo assistenziale Specialistica Ambulatoriale** nella misura di almeno il 10%, da assegnare esclusivamente alle strutture con posti letto di ricovero che abbiano una proporzione tra i due profili assistenziali al di sotto di tale percentuale (10%), così da coprire la domanda assistenziale sia dei pazienti presi in carico che dei pazienti che accedono direttamente dall'esterno agli ambulatori della struttura stessa. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra tutti gli ambiti di specialistica tenendo conto delle specificità delle strutture coinvolte.
4. **Finanziamento aggiuntivo da assegnare alle strutture che hanno rispettato gli obblighi contrattuali in relazione alle integrazioni con il Sistema ReCUP, in particolare:** i) almeno il 70% delle prestazioni critiche erogate dalla struttura è stato prenotato attraverso il ReCUP ovvero ii) la struttura ha messo a disposizione almeno il 50% delle Agende ReCUP per l'anno 2025. Tale incremento dovrà essere assegnato in misura proporzionale tra gli ambiti Prestazioni Critiche e Apa, ferma restando l'attenta valutazione delle specifiche peculiarità delle strutture coinvolte;

**Strutture territoriali Ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH)**

1. **Budget per Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi** per l'assegnazione del budget negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi si dovrà tenere conto dell'incidenza percentuale della produzione erogata per l'anno 2024. Il valore massimo assegnato alla struttura nel 2024 (con eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis*) dovrà essere suddiviso, pertanto, negli ambiti Prestazioni Critiche, Altra Specialistica e Laboratorio Analisi tenendo conto del peso di ciascun ambito rispetto alla produzione erogata nell'anno 2024, ferme restando le specificità di ciascuna struttura nonché le eventuali esigenze territoriali.
2. **Finanziamento aggiuntivo da assegnare alle strutture che hanno rispettato gli obblighi contrattuali in relazione alle integrazioni con il Sistema ReCUP, in particolare:** i) almeno il 70% delle prestazioni critiche erogate dalla struttura è stato prenotato attraverso il ReCUP ovvero ii) la struttura ha messo a disposizione almeno il 50% delle Agende ReCUP per l'anno 2025. Tale incremento dovrà essere assegnato in nell'ambito Prestazioni Critiche, ferma restando l'attenta valutazione delle specifiche peculiarità delle strutture coinvolte;
  - di prevedere altresì un fondo aggiuntivo nella misura pari a Euro 5.000.000 da assegnare alle Aziende Sanitarie Locali per l'eventuale acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale dalle strutture private di nuovo accreditamento e/o per soddisfare specifici fabbisogni del territorio, anche in considerazione dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore;
  - di confermare la previsione dell'osmosi tra l'ambito Prestazioni Critiche e Altra Specialistica, di cui alla DGR n. 977/2023, qualora il budget assegnato per le prestazioni di Altra Specialistica non sia stato completamente eroso e le Prestazioni Critiche abbiano saturato completamente il budget dedicato a tali prestazioni; in tal caso potrà essere utilizzata la parte disponibile del budget di Altra Specialistica per la remunerazione delle prestazioni critiche;
  - di demandare alle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, in sede di sottoscrizione degli accordi contrattuali, l'applicazione della decurtazione del 10% del budget connessa alla mancata emissione di note di credito di cui al sopra richiamato art. 7, secondo le modalità stabilite con la DGR n. 1186 del 30 dicembre 2024;
  - le prestazioni erogate non visibili e/o non collegate alle agende presenti sul sistema regionale ReCup a far data dallo 01/04/2025 non potranno essere remunerate e pagate;
  - che i livelli massimi di finanziamento fissati per il 2025 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.

IL DIRETTORE

Andrea Urbani

## Allegato 1

Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2025

<b>PRESTAZIONI CRITICHE</b>			
<b>ASL</b>	<b>LORDO</b>	<b>TICKET</b>	<b>NETTO</b>
Roma 1	62.680.812,06	13.789.778,65	48.891.033,41
Roma 2	31.154.320,48	6.853.950,51	24.300.369,98
Roma 3	16.084.433,20	3.538.575,30	12.545.857,89
Roma 4	3.018.837,65	664.144,28	2.354.693,37
Roma 5	8.527.110,53	1.875.964,32	6.651.146,22
Roma 6	6.931.787,40	1.524.993,23	5.406.794,17
Viterbo	1.739.579,75	382.707,55	1.356.872,21
Rieti	350.582,55	77.128,16	273.454,39
Latina	8.100.037,59	1.782.008,27	6.318.029,32
Frosinone	8.484.837,17	1.866.664,18	6.618.173,00
<b>TOTALE</b>	<b>147.072.338,40</b>	<b>32.355.914,45</b>	<b>114.716.423,95</b>

<b>ALTRA SPECIALISTICA</b>			
<b>ASL</b>	<b>LORDO</b>	<b>TICKET</b>	<b>NETTO</b>
Roma 1	30.025.958,45	5.104.412,94	24.921.545,51
Roma 2	20.619.793,04	3.505.364,82	17.114.428,22
Roma 3	6.965.015,94	1.184.052,71	5.780.963,23
Roma 4	682.646,30	116.049,87	566.596,43
Roma 5	7.935.479,26	1.349.031,47	6.586.447,78
Roma 6	5.042.085,62	857.154,56	4.184.931,07
Viterbo	486.590,07	82.720,31	403.869,76
Rieti	573.765,40	97.540,12	476.225,28
Latina	2.810.566,02	477.796,22	2.332.769,80
Frosinone	1.105.483,10	187.932,13	917.550,98
<b>TOTALE</b>	<b>76.247.383,19</b>	<b>12.962.055,14</b>	<b>63.285.328,05</b>

## Allegato 1

Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2025

<b>LABORATORIO ANALISI</b>			
<b>ASL</b>	<b>LORDO</b>	<b>TICKET</b>	<b>NETTO</b>
Roma 1	31.722.234,42	5.392.779,85	26.329.454,57
Roma 2	18.896.677,11	3.212.435,11	15.684.242,00
Roma 3	7.066.667,68	1.201.333,50	5.865.334,17
Roma 4	1.766.769,43	300.350,80	1.466.418,63
Roma 5	3.729.785,77	634.063,58	3.095.722,19
Roma 6	4.009.099,99	681.547,00	3.327.552,99
Viterbo	1.767.302,82	300.441,48	1.466.861,34
Rieti	1.325.818,55	225.389,15	1.100.429,40
Latina	4.535.689,04	771.067,14	3.764.621,91
Frosinone	2.810.961,80	477.863,51	2.333.098,29
<b>TOTALE</b>	<b>77.631.006,61</b>	<b>13.197.271,12</b>	<b>64.433.735,49</b>

<b>APA</b>			
<b>ASL</b>	<b>LORDO</b>	<b>TICKET</b>	<b>NETTO</b>
Roma 1	21.272.957,85	638.188,74	20.634.769,12
Roma 2	13.697.629,26	410.928,88	13.286.700,38
Roma 3	5.188.731,13	155.661,93	5.033.069,20
Roma 4	1.161.131,00	34.833,93	1.126.297,07
Roma 5	-	-	-
Roma 6	3.084.067,97	92.522,04	2.991.545,94
Viterbo	-	-	-
Rieti	-	-	-
Latina	1.781.033,96	53.431,02	1.727.602,94
Frosinone	1.301.692,64	39.050,78	1.262.641,86
<b>TOTALE</b>	<b>47.487.243,82</b>	<b>1.424.617,31</b>	<b>46.062.626,50</b>

## Allegato 1

Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2025

<b>FONDO POTENZIAMENTO</b>	
<b>ASL</b>	<b>VALORE</b>
Roma 1	76.605,42
Roma 2	713.202,93
Roma 3	252.019,90
Roma 4	343.371,49
Roma 5	1.076.918,29
Roma 6	754.548,44
Viterbo	639.229,85
Rieti	9.834,60
Latina	836.465,33
Frosinone	297.803,74
<b>TOTALE</b>	<b>5.000.000,00</b>