



Firmato digitalmente da
RENATO ALBERTO MARIO BOTTI
C: IT
O: Regione Lazio/80143490581

DIREZIONE REGIONALE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA REMUNERAZIONE, BUDGET E CONTRATTI

**Ai Direttori Generali e
Commissari Straordinari
ASL del Lazio**

Agli IRCCS Privati:
Santa Lucia

Ai Policlinici Universitari
Policlinico A. Gemelli
Campus Biomedico

Agli Ospedali Classificati:
San Giovanni Calibita
Vannini
Israelitico
Cristo Re
San Carlo di Nancy
San Pietro F.B.F.
Regina Apostolorum
San Raffaele Pisana
IDI

Associazioni di Categoria:
AIOP
ARIS
ANISAP
UNINDUSTRIA LAZIO
CONFSALUTE
FEDERLAZIO SALUTE
FEDERLAZIO URSAP
FEDERLAB
LAISAN

Oggetto: Comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 L. 241/90 e s.m.i. per la definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 per le prestazioni di laboratorio analisi, altra specialistica, RMN, APA con onere a carico del SSR erogate da strutture private, Policlinici Universitari non statali, Ospedali Classificati, IRCCS privati.



Vista la legge 125 del 6 agosto 2015, la quale prevede quale costo annuale per l'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato il valore del consuntivato 2014 ridotto dell'1%;

Visto DCA n. 390 del 5 settembre 2017 con cui, per la specialistica ambulatoriale è stata assegnata alle ASL la funzione dell'attribuzione dei budget ad ogni singolo erogatore – strutture private, Policlinici Universitari non statali, Ospedali Classificati, IRCSS privati – insistenti sul proprio territorio, nell'ambito del livello massimo di finanziamento individuato per ciascuna Azienda sanitaria dal suddetto provvedimento e stabiliti i criteri di definizione dei budget 2017/2018 per singolo soggetto erogatore da parte delle ASL;

Preso atto delle deliberazioni aziendali con cui le ASL hanno provveduto all'assegnazione dei livelli massimi di finanziamento 2018 ex DCA 390/2017 alle strutture di afferenza;

Preso atto del DCA n. 35 del 28 gennaio 2019, in cui, nell' approvare le disposizioni per il riordino della chirurgia ambulatoriale, viene prevista una disciplina transitoria nelle more dell'adeguamento delle strutture da completarsi entro il 31 ottobre 2019;

Preso atto del DCA n. 48 del 1 febbraio 2019 recante: *“Aggiornamento «Allegato A» del DCA 313/2013 concernente «Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012». Estensione dell'erogabilità di alcune prestazioni”*;

Confermato che per l'anno 2019 per le prestazioni di dialisi e di radioterapia verrà riconosciuta la produzione complessivamente erogata, fermo restando il rispetto della normativa vigente, mentre per le prestazioni ambulatoriali erogate in P.S. rimane il livello massimo delle prestazioni erogate nel 2015 maggiorato del 6% ex DCA 334/2018;

Preso atto dei valori di budget 2018 complessivamente assegnati e della stima 2018 del consuntivato afferente agli stessi;

Preso atto dei dati 2018 posti a disposizione dalla competente Area sulla piattaforma di condivisione per l'acquisto di prestazioni dialisi, radioterapia, pronto soccorso;

Rilevato che il livello massimo di costo per l'acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato a valere sugli anni 2019 ex L. 125/2015 ammonta a **365.636 €/000**;

Ribadito che nella determinazione dei tetti di spesa la Regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili quale elemento imprescindibile ai fini del perseguimento dell'equilibrio economico finanziario del sistema;

Rilevato pertanto di dover procedere, al fine dell'osservanza degli obiettivi imposti dal Piano di Rientro e nell'ambito, pertanto delle risorse massime disponibili, all'attribuzione dei livelli massimi di finanziamento 2019 della specialistica ambulatoriale nella misura dei livelli assegnati nell'anno 2018, ridotti della percentuale del **6%**;

Premesso quanto sopra,

in continuità con il programma operativo 2016/2018, con il DCA 390/2017, tenuto conto che con nota prot. n. 241778 del 28/03/2019 è stata trasmessa ai Ministeri affiancanti la bozza di programma operativo 2019/2021, si comunica che:

- la Regione provvederà, con decreto commissariale ad assegnare a ciascuna ASL i livelli massimo di finanziamento 2019 definiti applicando la riduzione del **6%** sui livelli 2018 complessivamente assegnati da ciascuna Azienda Sanitaria con propria deliberazione alle strutture afferenti sul proprio territorio;

- conseguentemente le ASL provvederanno, in via generale, ad attribuire i budget 2019 alle strutture afferenti sul proprio territorio applicando la riduzione del 6% sui singoli budget assegnati nell'anno 2018;
- per quanto riguarda gli APA, il livello di finanziamento attribuito sarà unico e determinato dalla somma - ridotta del 6% - del finanziamento "APA" e "Aggiuntivo APA ex DCA 332/2015".

Ritenuto di dare facoltà alle ASL, nell'ambito della funzione di committenza ad esse assegnata, al fine di una più puntuale offerta sul territorio:

- di procedere, nell'ambito del finanziamento assegnato, all'attribuzione dei budget riferibili a nuovi accreditamenti intervenuti ex comma 7, art. 8-*quater* D.Lgs 502/1992, fornendone completa, circostanziata ed esaustiva argomentazione nel provvedimento di assegnazione;
- di procedere, per le strutture erogatrici a cui risultano attribuibili i budget di laboratorio analisi, di altra specialistica e di APA, all'incremento dei budget attribuibili per le prestazioni di altra specialistica e APA con contestuale medesima diminuzione del budget riferito alle prestazioni di laboratorio analisi. Tale procedura potrà essere applicata previa istanza delle strutture e positiva valutazione della ASL esclusivamente quale osmosi dal budget "laboratorio analisi" al budget di "altra specialistica" e/o "APA" e non viceversa. Ciò al fine di concorrere alla riduzione delle liste d'attesa, con particolare riferimento alle prestazioni ex DCA 48/2019 per l'incremento di budget di "Altra Specialistica" e per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni in regime di ricovero ordinario per l'incremento del budget APA.

La ASL dovrà fornire completa, circostanziata ed esaustiva argomentazione nel provvedimento di assegnazione.

Rilevata al riguardo la recente sentenza del Consiglio di Stato, sez. III, n. 2237/2019, che conferma la correttezza della delega regionale alle ASL della "funzione di committenza", ovvero, del potere discrezionale di assegnazione del budget alle strutture sanitarie private accreditate presenti sul proprio territorio in base al fabbisogno di salute accertato dalle Aziende stesse, nel rispetto dei tetti di spesa invalicabili imposti dalla Regione, tutt'ora in Piano di rientro;

Preso atto che la citata sentenza afferma la legittimità del comportamento della ASL nell'aver budgettizzato e contrattualizzato una struttura di nuovo accreditamento, redistribuendo tra tutti gli erogatori del medesimo settore le risorse messe a disposizione dalla Regione, in presenza di ragioni di pubblico interesse (tutela della salute, soddisfacimento del fabbisogno assistenziale e risparmio di spesa);

Ribadito pertanto che le Aziende che riterranno di avvalersi della facoltà di cui sopra, dovranno provvedere alla idonea istruttoria dei propri atti deliberativi, inserendo negli stessi adeguate e sufficienti motivazioni a comprova degli interessi pubblici perseguiti;

Confermato altresì, coerentemente alle osservazioni più volte rappresentate dai Ministeri affiancanti:

- che il livello massimo di finanziamento per ogni singola struttura dovrà essere al lordo del ticket e della quota ricetta, con evidenza del ticket, della quota ricetta e del netto stimati;

- che, pertanto, nel decreto di attribuzione dei livelli di finanziamento 2019 per singola ASL, verrà indicata la valorizzazione del ticket, quota ricetta e netto 2019 stimati;
- a tal fine le ASL potranno quindi individuare per ogni struttura il ticket, quota ricetta e netto 2019 stimati, applicando sui livelli di finanziamento 2019 per singola struttura e per linea di attività l'incidenza percentuale di cui sopra;

Confermato inoltre che i livelli massimi di finanziamento devono riassorbire comunque le prestazioni già erogate dalle singole strutture secondo quanto previsto dall'art. 6 "Durata", comma 3, degli accordi contrattuali sottoscritti;

Ribadito altresì che:

- il livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR entro i quali sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;
- l'attribuzione dei tetti di spesa non sottintende pertanto in alcun caso l'idoneità delle strutture ad erogare prestazioni con onere SSR; si richiama, in tal senso, l'art. 8-bis comma 3 D.Lgs 502/1992 e s.m.i., per cui il titolo ad erogare deriva dalla stipulazione del contratto;
- qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'autorizzazione /accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di risorse assegnabili. A far data dalla notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale; sono fatte salve diverse disposizioni contenute nei provvedimenti di sospensione e/o revoca al fine di garantire la continuità assistenziale;
- che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli.

Eventuali controdeduzioni potranno pervenire entro 10 giorni dalla data della presente comunicazione.

Distinti saluti

Il Dirigente ad interim dell'Area


Marcello Giannico


Lucilla Miccoli

Il Direttore Regionale

Renato Botti