

# Regione Lazio

## DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 29 dicembre 2023, n. G17719

**Definizione ed assegnazione alle ASL del livello massimo di finanziamento per l'anno 2024 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della DGR n. 977 del 28.12.2023**

**OGGETTO:** Definizione ed assegnazione alle ASL del livello massimo di finanziamento per l'anno 2024 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della DGR n. 977 del 28.12.2023.

**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”* 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** per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- 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;
- il DCA n. 313/2013 e s.m.i., con il quale è stato approvato e adeguato, tra l'altro, il tariffario

regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica, in via di aggiornamento a seguito dell'emanando provvedimento regionale, con il quale saranno recepite le tariffe del DM 23/06/2023, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale;

- il Patto per la Salute, sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. 2013/2015 nel quale, all'art. 9 “*Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie*”, è previsto “...la revisione e l'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie”, e “...di istituire a tal fine una Commissione permanente.... al fine di .... individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'art. 8 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.” in corso di aggiornamento;
- 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*”;

**VISTI** per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e di bilancio:

- 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;
- la Legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “*Legge di contabilità regionale*”;
- la Legge Regionale 30 marzo 2023, n 1 recante: “*Legge di stabilità Regionale 2023*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2023 n. 2 recante. “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023 -2025*”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 31 marzo 2023, n. 91, concernente: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2023 – 2025. 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 31 marzo 2023 n. 92 concernente: *“Bilancio di Previsione finanziario della Regione Lazio 2023 2025. Approvazione del Bilancio finanziario gestionale” ripartito in capitolo di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;*
- la Deliberazione della Giunta Regionale 27 aprile 2023, n. 127, concernente: *“Indirizzi per la gestione del Bilancio regionale 2023 – 2025 e approvazione del Bilancio Reticolare ai sensi degli articoli 30,31 e 32 della Legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;*
- la circolare prot. 866060 del 1 agosto 2023 concernente: *“indicazioni operative per la gestione del bilancio regionale 2023 -2025”;*

**RICHIAMATO** il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*, ed in particolare:

- l’art. 8 – 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;

**VISTA** la determinazione G18962 del 29 dicembre 2022 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. 642 del 26 luglio 2022”* con la quale sono stati fissati i livelli massimi di finanziamento per l'anno 2023 per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR;

**VISTO**, in materia di accordi contrattuali, il DCA n. 243 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”*;

**VISTA** la DGR 695 del 4 agosto 2022 recante *“Approvazione modifiche allo schema di accordo/contratto art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di cui al DCA n. 243/2019”*;

**VISTA** 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”*;

**PRESO ATTO** delle delibere aziendali - agli atti dell'Area Remunerazione, budget e contratti – con le quali sono stati assegnati i budget 2023 per la specialistica ambulatoriale alle strutture insistenti nei rispettivi territori;

**VISTO** il DCA 152 del 30 aprile 2019 relativo a Recepimento del "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021";

**VISTO** il DCA n. 302 del 25 settembre 2019 relativo a “Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021”;

**VISTA** il DCA n. 246 del 1 luglio 2019 recante: *“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”* che ha introdotto, per le case di cura, il vincolo del budget *Dedicato-Critiche* per l'erogazione esclusiva delle prestazioni critiche a partire dall'anno 2019;

**RICHIAMATA** la DGR n.642 del 26 luglio 2022 avente ad oggetto: *“Definizione dei livelli massimi*

di finanziamento e dei criteri di remunerazione per le prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate da strutture private accreditate: triennio 2022 – 2024” con la quale sono stati determinati i livelli di finanziamento per il triennio 2022 – 2024;

**RILEVATO** che la DGR n. 642/2022 ha confermato, anche per l’anno 2024, i medesimi livelli di finanziamento per la specialistica ambulatoriale per le prestazioni soggette a tetto di spesa (budget);

**VISTA** la nota prot. n. 1413829 del 5 dicembre 2023 con la quale è stato comunicato ai soggetti interessati, l’avvio del procedimento per l’adozione del provvedimento regionale recante la revisione del processo di definizione e assegnazione alle Aziende Sanitarie dei livelli massimi di finanziamento per l’anno 2024 per l’acquisto dalle strutture private accreditate di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico SSR;

**DATO ATTO** delle osservazioni di riscontro pervenute dalle Associazioni di categoria;

**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;

**ATTESO** che la suddetta revisione, è coerente con gli obiettivi previsti dal DCA n. 246/2019, dalla DGR n. 695/2022, dalla DGR n. 310/2023 e dall’emanando Programma Operativo 2024-26 poiché ha per obiettivo una maggiore disponibilità nell’erogazione delle prestazioni critiche, PET e PET/TC da parte delle strutture ed ha la finalità di migliorare i tempi di attesa rilevati dal sistema Recup;

**RITENUTO NECESSARIO** che, per far fronte alla suddetta necessità, il budget *Dedicato-Critiche* è esteso anche alle strutture territoriali ambulatoriali, in esecuzione del DCA 246 del 1 luglio 2019 recante: “*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*”, nel quale era già prevista l’introduzione di un budget dedicato anche per le strutture territoriali ambulatoriali a partire dall’anno 2020, il cui avvio è stato rimandato a causa dell’emergenza Covid;

**DATO ATTO**, pertanto, che il livello massimo di finanziamento per l’acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l’anno 2024 verrà ripartito secondo i seguenti criteri:

1. Per l’ospedalità privata accreditata, con posti letto in regime di ricovero ordinario/DH, destinataria di un budget dedicato, è previsto un incremento di tale budget fino al **valore del 40%** del valore assegnato per *Altra Specialistica/ Indistinto* per l’anno 2023. Al fine di non generare ulteriori costi per il SSR, contestualmente, è prevista una riduzione della quota del budget per *Altra Specialistica/Indistinto* del valore pari a quello del suddetto incremento per il budget *Dedicato-Critiche*;
2. Per le strutture territoriali ambulatoriali, senza posti letto in regime di ricovero/DH, attualmente non destinatarie di un budget dedicato per le prestazioni critiche, è prevista l’introduzione di un budget *Dedicato-Critiche* per l’esecuzione di prestazioni critiche, PET e PET/TC del **valore pari al 40%** del budget assegnato per *Altra Specialistica/Indistinto* per l’anno 2023;

3. Ai laboratori di analisi aderenti ad aggregazioni, ai sensi del DCA n. 115/2017, il livello di finanziamento 2024, relativo all'ambito *Laboratorio Analisi*, sarà il medesimo dell'anno 2023;

**RICHIAMATA** altresì la DGR n. 977 del 28.12.2023 nella parte in cui prevede per l'esercizio 2024, un incremento del livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, in parziale modifica alla DGR 642/2022, determinandolo in € **326.835.210,00**;

**DATO ATTO** che tale finanziamento prevede:

- la conferma dello stesso valore di budget alle strutture che hanno sottoscritto il contratto per l'anno 2023 (fatto salvo gli eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati pro-rata temporis e tenendo conto di eventuali accantonamenti);
- il potenziamento dell'offerta delle prestazioni critiche per l'abbattimento delle liste di attesa, attraverso la rimodulazione dal budget *Indistinto/Altra Specialistica* a favore del budget *Dedicato-Critiche*;
- il riequilibrio del finanziamento pro-capite destinato all'assistenza specialistica per ciascuna Azienda Sanitaria, nonché l'incremento di budget in ragione di specifici fabbisogni assistenziali ed al numero dei nuovi accreditati per singola azienda, secondo la seguente tabella:

ASL	Popolazione residente	Fondo di riequilibrio sulla base del finanziamento pro-capite	Fondo per nuovi accreditamenti	TOTALE INCREMENTO
Roma 1	991.911	-	-	-
Roma 2	1.245.767	-	444.444,44	444.444,44
Roma 3	592.091	-	-	-
Roma 4	322.888	717.264,52	222.222,22	939.486,74
Roma 5	492.690	351.805,49	-	351.805,49
Roma 6	571.527	476.117,69	222.222,22	698.339,91
Viterbo	308.737	849.882,44	222.222,22	1.072.104,67
Rieti	151.143	872.514,02	-	872.514,02
Latina	567.439	556.746,91	888.888,89	1.445.635,80
Frosinone	470.689	584.202,42	-	584.202,42
<b>Totale</b>	<b>5.714.882</b>	<b>4.408.533,49</b>	<b>2.000.000,00</b>	<b>6.408.533,49</b>

**PRESO ATTO** dei dati di produzione 2023 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, al netto della stima previsionale 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 di € 326.835.208,09 è così ripartito nei seguenti ambito assistenziali:

- € 185.775.036,73 per le prestazioni di Altra Specialistica + Laboratorio di analisi;
- € 55.619.679,32 per le prestazioni critiche;
- € 42.808.408,36 per le prestazioni APA;
- € 36.223.550,19 per le prestazioni di Risonanza Magnetica
- € 6.408.533,49 fondo di riequilibrio e fondo per nuovi accreditamenti;

**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 2023 è riportata nella sottostante tabella:

<b>Altra Specialistica e Laboratorio</b>	<b>Dedicato-Critiche</b>	<b>RMN</b>	<b>APA</b>
17%	22%	9%	3%

**RICHIAMATA** la DGR n. 977 del 28.12.2023, nella parte in cui prevede la conferma di misure *ad hoc* per il potenziamento nell'esecuzione delle prestazioni critiche, volto a ridurre le liste d'attesa e/o a favorire la deospedalizzazione, tramite l'erogazione di prestazioni sanitarie in *settings* assistenziali più appropriati mediante l'incentivazione delle prestazioni critiche, PET e PET/TC e delle procedure APA (Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali);

**TENUTO CONTO** delle disposizioni in essa contenute con le quali, anche per l'anno 2024 è previsto che le strutture private accreditate possano 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;

**STABILITO** che tale richiesta, dovrà essere preceduta da formale istanza da parte della singola struttura privata accreditata rivolta alla propria ASL e, per conoscenza, alla Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, da produrre entro il 31 marzo 2024;

**STABILITO** altresì, che nei successivi 15 giorni, la ASL provvederà alla verifica istruttoria della richiesta e, in caso di esito positivo, adotterà l'atto aziendale con il 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 con atto aziendale dovranno essere recepite all'interno degli accordi contrattuali 2024 e dovranno intendersi definitive fino a diverse determinazioni dell'amministrazione regionale per consentire di programmare l'offerta sanitaria ed 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 2024 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;

**STABILITO** inoltre che, relativamente alla remunerazione delle prestazioni incluse in "Altra Specialistica e Laboratorio Analisi", il livello massimo di finanziamento 2024 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 non ancora concluso;



**STABILITO** che le ASL procederanno all'assegnazione del budget 2024 secondo il seguente schema:

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

- Budget *RMN* e *APA*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Dedicato - Critiche*, pari al valore del 2023 incrementato del 40% del valore assegnato nel 2023 per budget *Indistinto* escludendo, ai fini di tale calcolo la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e FKT (cod. branca 56);
- Budget *Indistinto* rideterminato sulla base del calcolo della quota destinata alle prestazioni critiche;

Strutture territoriali ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH) che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Dedicato - Critiche*, pari al 40% del valore assegnato nel 2023 per budget *Indistinto* escludendo, ai fini di tale calcolo la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e FKT (cod. branca 56);
- Budget *Indistinto* rideterminato sulla base del calcolo della quota destinata alle prestazioni critiche;

Strutture territoriali ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH) che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Dedicato - Critiche*, pari al 40% del valore assegnato nel 2023 per budget *Altra Specialistica* escludendo, ai fini di tale calcolo la parte relativa alle prestazioni FKT (cod. branca 56);
- Budget *Altra Specialistica*, rideterminato sulla base del calcolo della quota destinata alle prestazioni critiche;

**STABILITO** che qualora il budget *Indistinto* e *Altra Specialistica* non sia stato completamente eroso e le prestazioni critiche abbiano saturato completamente il budget *Dedicato-Critiche*, sarà utilizzata la parte disponibile del budget *Indistinto/Altra Specialistica* per la remunerazione delle prestazioni critiche;

**STABILITO** altresì, che non sarà possibile remunerare prestazioni non critiche con il budget *Dedicato-Critiche* eventualmente disponibile ad eccezione delle prestazioni ricomprese nei percorsi di *follow up*, che, anche se non appartenenti a prestazioni critiche, potranno essere remunerate con la quota di budget *Dedicato-Critiche* ancora disponibile qualora il budget *Indistinto/Altra Specialistica* non fosse più capiente;

**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 2024** (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 2024**, 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;

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

#### **DETERMINA**

- che, in attuazione della DGR. n. 977 del 28.12.2023 il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggetta al tetto di spesa per l'esercizio 2024, è determinato in complessivi € 326.835.208,09 così ripartiti:
  - € 185.775.036,73 per le prestazioni di Altra Specialistica + Laboratorio di analisi;
  - € 55.619.679,32 per le prestazioni critiche;
  - € 42.808.408,36 per le prestazioni APA;
  - € 36.223.550,19 per le prestazioni di Risonanza Magnetica
  - € 6.408.533,49 fondo di riequilibrio e fondo per nuovi accreditamenti;
- che il tetto massimo di finanziamento per l'esercizio 2024 di € 326.835.208,09 prevede:
  - la conferma dello stesso valore di budget alle strutture che hanno sottoscritto il contratto per l'anno 2023 (fatto salvo gli eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* e tenendo conto di eventuali accantonamenti e specifici fabbisogni);

- il potenziamento dell'offerta delle prestazioni critiche per l'abbattimento delle liste di attesa, attraverso la rimodulazione dal budget indistinto/altra specialistica a favore del budget Dedicato-Critiche;
- il riequilibrio del finanziamento pro-capite destinato all'assistenza specialistica per ciascuna Azienda Sanitaria nonché l'incremento di budget in ragione di specifici fabbisogni assistenziali ed al numero dei nuovi accreditati per singola azienda, secondo la seguente tabella:

ASL	Popolazione residente	Fondo di riequilibrio sulla base del finanziamento pro-capite	Fondo per nuovi accreditamenti	TOTALE INCREMENTO
Roma 1	991.911	-	-	-
Roma 2	1.245.767	-	444.444,44	444.444,44
Roma 3	592.091	-	-	-
Roma 4	322.888	717.264,52	222.222,22	939.486,74
Roma 5	492.690	351.805,49	-	351.805,49
Roma 6	571.527	476.117,69	222.222,22	698.339,91
Viterbo	308.737	849.882,44	222.222,22	1.072.104,67
Rieti	151.143	872.514,02	-	872.514,02
Latina	567.439	556.746,91	888.888,89	1.445.635,80
Frosinone	470.689	584.202,42	-	584.202,42
<b>Totale</b>	<b>5.714.882</b>	<b>4.408.533,49</b>	<b>2.000.000,00</b>	<b>6.408.533,49</b>

- 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:

Altra Specialistica e Laboratorio	Dedicato-Critiche	RMN	APA
17%	22%	9%	3%

- che, anche per l'anno 2024, 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, incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. "prestazioni critiche", alle PET/PET/TC 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 rivolta alla propria ASL e, per conoscenza, alla Direzione Salute e integrazione socio-sanitaria, da trasmettersi entro il 31 marzo 2024;
- che nei successivi 15 giorni, la ASL procederà alla verifica istruttoria della richiesta e, in caso di esito positivo, adotterà il relativo atto 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, approvate con atto aziendale e recepite all'interno degli accordi contrattuali 2024, dovranno intendersi definitive fino a diverse determinazioni dell'amministrazione regionale per consentire di programmare l'offerta

sanitaria ed 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 2024**, 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;
- 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 2024**;
- che le ASL procederanno all'assegnazione del budget 2024 secondo il seguente schema:

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

- Budget *RMN* e *APA*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Dedicato - Critiche*, pari al valore del 2023 incrementato del 40% del valore assegnato nel 2023 per budget *Indistinto* escludendo, ai fini di tale calcolo la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e FKT (cod. branca 56);
- Budget *Indistinto* rideterminato sulla base del calcolo della quota destinata alle prestazioni critiche;

Strutture territoriali ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH) che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Dedicato - Critiche*, pari al 40% del valore assegnato nel 2023 per budget *Indistinto* escludendo, ai fini di tale calcolo la parte relativa alle prestazioni di laboratorio (cod. branca 00) e FKT (cod. branca 56);
- Budget *Indistinto* rideterminato sulla base del calcolo della quota destinata alle prestazioni critiche;

Strutture territoriali ambulatoriali (senza posti letto in regime di ricovero/DH) che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2023;
- Budget *Dedicato - Critiche*, pari al 40% del valore assegnato nel 2023 per budget *Altra Specialistica* escludendo, ai fini di tale calcolo la parte relativa alle prestazioni FKT (cod. branca 56);
- Budget *Altra Specialistica*, rideterminato sulla base del calcolo della quota destinata alle prestazioni critiche;

- che qualora il budget *Indistinto* e *Altra Specialistica* non sia stato completamente eroso e le prestazioni critiche abbiano saturato completamente il budget *Dedicato-Critiche*, sarà utilizzata la parte disponibile del budget *Indistinto/Altra Specialistica* per la remunerazione delle prestazioni critiche;
- che, non sarà possibile remunerare prestazioni non critiche con il budget *Dedicato-Critiche* eventualmente disponibile ad eccezione delle prestazioni ricomprese nei percorsi di *follow up*, che, anche se non appartenenti a prestazioni critiche, potranno essere remunerate con la quota di budget *Dedicato-Critiche* ancora disponibile qualora il budget *Indistinto/Altra Specialistica* non fosse più capiente;
- che i livelli massimi di finanziamento fissati per il 2024 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 2024**

APA			
ASL	LORDO	TICKET	NETTO
Roma 1	18.056.474,20	541.694,23	17.514.779,97
Roma 2	12.584.584,53	377.537,54	12.207.046,99
Roma 3	5.119.949,79	153.598,49	4.966.351,30
Roma 4	1.161.131,00	34.833,93	1.126.297,07
Roma 5	-	-	-
Roma 6	2.981.042,64	89.431,28	2.891.611,36
Viterbo	-	-	-
Rieti	-	-	-
Latina	1.643.972,78	49.319,18	1.594.653,60
Frosinone	1.261.253,42	37.837,60	1.223.415,82
<b>Totale</b>	<b>42.808.408,36</b>	<b>1.284.252,25</b>	<b>41.524.156,11</b>

RMN			
ASL	LORDO	TICKET	NETTO
Roma 1	6.065.780,16	545.920,21	5.519.859,95
Roma 2	6.948.424,10	625.358,17	6.323.065,93
Roma 3	6.925.255,37	623.272,98	6.301.982,39
Roma 4	1.506.358,07	135.572,23	1.370.785,84
Roma 5	5.207.011,60	468.631,04	4.738.380,56
Roma 6	2.970.158,48	267.314,26	2.702.844,21
Viterbo	-	-	-
Rieti	-	-	-
Latina	2.698.992,82	242.909,35	2.456.083,47
Frosinone	3.901.569,59	351.141,26	3.550.428,33
<b>Totale</b>	<b>36.223.550,19</b>	<b>3.260.119,52</b>	<b>32.963.430,67</b>

ALTRA SPECIALISTICA - PRESTAZIONI CRITICHE			
ASL	LORDO	TICKET	NETTO
Roma 1	29.741.054,69	6.543.032,03	23.198.022,65
Roma 2	12.673.272,96	2.788.120,05	9.885.152,91
Roma 3	5.438.287,80	1.196.423,32	4.241.864,49
Roma 4	322.709,96	70.996,19	251.713,77
Roma 5	1.158.246,50	254.814,23	903.432,27
Roma 6	1.964.822,55	432.260,96	1.532.561,59
Viterbo	477.623,68	105.077,21	372.546,47
Rieti	-	-	-
Latina	2.516.330,21	553.592,65	1.962.737,57
Frosinone	1.327.330,97	292.012,81	1.035.318,16
<b>Totale</b>	<b>55.619.679,32</b>	<b>12.236.329,45</b>	<b>43.383.349,87</b>

**Allegato 1 Livello massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale 2024**

<b>ALTRA SPECIALISTICA + LABORATORIO ANALISI</b>			
<b>ASL</b>	<b>LORDO</b>	<b>TICKET</b>	<b>NETTO</b>
Roma 1	79.754.780,44	13.558.312,67	66.196.467,76
Roma 2	47.346.347,47	8.048.879,07	39.297.468,40
Roma 3	17.525.709,16	2.979.370,56	14.546.338,60
Roma 4	2.646.562,32	449.915,59	2.196.646,72
Roma 5	11.911.325,89	2.024.925,40	9.886.400,49
Roma 6	9.467.260,26	1.609.434,24	7.857.826,01
Viterbo	2.711.943,44	461.030,38	2.250.913,05
Rieti	1.377.652,48	234.200,92	1.143.451,56
Latina	7.941.127,36	1.349.991,65	6.591.135,70
Frosinone	5.092.327,93	865.695,75	4.226.632,18
<b>Totale</b>	<b>185.775.036,73</b>	<b>31.581.756,24</b>	<b>154.193.280,48</b>

<b>ASL</b>	<b>Popolazione residente</b>	<b>Fondo di riequilibrio sulla base del finanziamento pro-capite</b>	<b>Fondo per nuovi accreditamenti</b>	<b>TOTALE INCREMENTO</b>
Roma 1	991.911	-	-	-
Roma 2	1.245.767	-	444.444,44	444.444,44
Roma 3	592.091	-	-	-
Roma 4	322.888	717.264,52	222.222,22	939.486,74
Roma 5	492.690	351.805,49	-	351.805,49
Roma 6	571.527	476.117,69	222.222,22	698.339,91
Viterbo	308.737	849.882,44	222.222,22	1.072.104,67
Rieti	151.143	872.514,02	-	872.514,02
Latina	567.439	556.746,91	888.888,89	1.445.635,80
Frosinone	470.689	584.202,42	-	584.202,42
<b>Totale</b>	<b>5.714.882</b>	<b>4.408.533,49</b>	<b>2.000.000,00</b>	<b>6.408.533,49</b>