

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018)

Oggetto: Integrazione DCA 390 del 5 settembre 2017 - Livello di Finanziamento APA II semestre 2018 - Intera annualità 2018

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “*Nuovo Statuto della Regione Lazio*” e s.m.i.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i., con particolare riferimento all’art. 98;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Deliberazione n. 271 del 5 giugno 2018, con cui è stato conferito l’incarico di Direttore Regionale della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria al Dott. Renato Botti;
- la Determinazione regionale G07633 del 13 giugno 2018;
- il Decreto dirigenziale del 1[^] agosto 2018, n. G09824 “*Delega, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n. 1/2002, al Dott. Luca Casertano, dirigente dell’Area Programmazione della rete ospedaliera e risk management, ad adottare gli atti indifferibili e urgenti del Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria*”;
- il Decreto dirigenziale del 1[^] agosto 2018, n. G09825 “*Delega, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n. 1/2002, alla Dott.ssa Lorella Lombardozzi, dirigente dell’Area Risorse farmaceutiche, ad adottare gli atti indifferibili e urgenti del Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria*”.

VISTI, per quanto riguarda il Piano di Rientro:

- l’articolo 8, comma 1 della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: “*Approvazione del “Piano di Rientro...”*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio...omissis... Approvazione del «Piano di Rientro...*”;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 in particolare:

- 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-*quinqies*;
- l’articolo 8-*quater*, comma 8 del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per 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-*quinqüies*, 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-*quinqüies*, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 che prevede la stipula di 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-*quinqüies*, 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-*quinqüies*, comma 2, lettera e-*bis*);

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa ha precisato che “...*omissis*... *chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto alla salute ...omissis... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato*” (Ordinanza Consiglio di Stato n. 906/2015; sentenza TAR Abruzzo n. 585/2015);

VISTA la Legge 15 luglio 2011 n. 111 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, recante misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00040 del 26 marzo 2012 recante: “*DCA n. 58/2009 «Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica – L.133/08, art. 79, comma 1 septies». Modifiche ed integrazioni*”;

PRESO ATTO del Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00313 del 4 luglio 2013 recante “*Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale. D.M. 18.10.2012*”, pubblicato sul BURL n. 56 del 11 luglio 2013;

VISTA la legge 7 agosto 2012 n. 135 avente ad oggetto “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”;

VISTA la legge 6 agosto 2015, n. 125, di conversione in legge, con modificazioni del D.L. 19 giugno 2015 n. 78 “*Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali (Disposizioni per*

garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali)” ed in particolare dell’art. 9-quater;

PRESO ATTO del Decreto del Commissario ad *acta* n. U000052 del 22 febbraio 2017, pubblicato sul BURL n. 18 del 2 marzo 2017, S.O. n. 2 recante: *“Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale»”, il quale nel confermare la funzione di committenza in capo alle ASL, prevede, tra l’altro, in applicazione della Legge 125 del 6 agosto 2015, quale costo per l’acquisto di servizi sanitari per assistenza specialistica da privato degli anni 2016-2018 il valore del consuntivato 2014 ridotto dell’1%;*

PRESO ATTO del Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00220 del 15 giugno 2017 recante: *“APA aggiuntivi 2016: DCA 332 del 13 luglio 2015; DCA 215 del 15 giugno 2016”;*

VISTO il decreto del Commissario ad *acta* n. U 00215 del 15.06.2016 recante: *“Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici – Disciplina transitoria il quale stabilisce che “Nelle more di una definitiva riorganizzazione degli A.P.A. le strutture pubbliche e private sono autorizzate a svolgere, a decorrere dalla data di adozione del DCA n. U00332/2015 e fino al 31.07.2017, le prestazioni A.P.A. per le attività già autorizzate e accreditate in ricovero ordinario e/o di day surgery, anche al fine di rispondere a criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza delle stesse”.*

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U 00254 del 4 luglio 2017 recante: *“Modifiche e integrazioni al Decreto del Commissario ad Acta n. U00215 del 15.6.2016 concernente «Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici». Disciplina transitoria.”;*

CONSIDERATO che il sopracitato decreto Commissariale ha stabilito che *“nelle more di una definitiva riorganizzazione degli A.P.A. le strutture pubbliche e private sono autorizzate a svolgere, a decorrere dalla data di adozione del DCA n. U00332/2015 ed entro il 30.6.2018, le prestazioni A.P.A. di cui alla vigente normativa per le attività già autorizzate e accreditate in ricovero ordinario e/o di day surgery, anche al fine di rispondere a criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza delle stesse.”;*

PRESO ATTO del decreto Commissariale n. 390 del 5 settembre 2017 recante: *“Definizione del livello massimo di finanziamento per gli anni 2017/2018 in relazione all’attività di “Specialistica Ambulatoriale” svolta dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR;*

CONSIDERATO che il sopra citato DCA 390/2017, attribuisce alle ASL i livelli di finanziamento di ognuna delle annualità 2017/2018 della specialistica ambulatoriale nella misura dei budget complessivamente assegnati nell’anno 2016 ridotti del 3,5% ed individua la

medesima modalità ai fini dell'assegnazione dei singoli tetti di spesa da parte delle ASL medesime alle strutture insistenti sul proprio territorio;

CONSIDERATO altresì che il decreto 390/2017, in considerazione di quanto stabilito dal DCA U00254/2017 attribuisce i livelli di finanziamento APA per l'intera annualità 2017, mentre, per il I semestre dell'anno 2018 attribuisce ad ogni ASL i livelli di finanziamento per il periodo 01/01/2018 – 30/06/2018 nella misura del 50% dei livelli 2017;

PRESO ATTO del decreto Commissariale n. U 00273 del 4 luglio 2018, pubblicato sul B.U.R.L. n. 58 del 17 luglio 2018 recante: *“Modifiche e integrazioni al Decreto del Commissario ad Acta n. U00215 del 15.6.2016, come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00254 del 4.7.2017, concernente “Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.). Definizione dei requisiti generali, strutturali, organizzativi e tecnologici – Disciplina transitoria.”*

PRESO ATTO che il sopracitato decreto Commissariale stabilisce che, *“nelle more di una definitiva riorganizzazione degli A.P.A. le strutture pubbliche e private sono autorizzate a svolgere, a decorrere dalla data di adozione del DCA n. U00332/2015 ed entro il 31.12.2018, le prestazioni A.P.A. di cui alla vigente normativa per le attività già autorizzate e accreditate in ricovero ordinario e/o di day surgery, anche al fine di rispondere a criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza delle stesse”;*

PRESO ATTO della nota prot. 446393 del 20.07.2018 recante: *“Comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 L. 241/90 e s.m.i. per la definizione del livello massimo di finanziamento per il II semestre 2018 per le prestazioni, APA con onere a carico del SSR erogate da strutture private, Policlinici Universitari non statali, Ospedali Classificati, IRCSS privati”;*

RITENUTO pertanto di dover procedere ad integrare il DCA 390/2017, assegnando alle ASL i livelli di finanziamento APA per il II semestre 2018 nella misura di quelli assegnati per il I semestre 2018 dal medesimo DCA 390/2017 affinché le ASL medesime procedano, con il medesimo criterio all'attribuzione dei budget APA II semestre 2018;

CONSIDERATO che nella sopracitata nota di avvio del procedimento prot. 446393 del 20.07.2018 è fatto riferimento, in relazione ai livelli di finanziamento APA da assegnare alla ASL Roma 6, alla verifica attualmente in corso rispetto l'impatto sui suddetti livelli del DCA 161/2018;

PRESO ATTO della nota prot. 485988 del 6 agosto 2018, per cui si procede in questa sede ad accantonare sul livello di finanziamento attribuibile alla ASL Roma 6 l'impatto stimato del sopracitato DCA 161/2018 sul II Semestre 2018;

PRECISATO che i livelli di finanziamento II semestre 2018 rappresentano una estensione dei livelli I semestre 2018 già assegnati dal DCA 390/2017 e che, pertanto, i livelli 2018 APA quale somma del I e II semestre riguardano complessivamente l'intero esercizio senza soluzione di continuità;



CONFERMATO quanto stabilito dal DCA U 390/2017 in ordine alla stima del ticket, della quota ricetta e del netto;

PRESO ATTO dell'allegato "Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale - APA II semestre 2018- APA Anno 2018;

RITENUTO di rinviare espressamente al DCA 390/2017 per tutto quanto non disciplinato nel presente provvedimento;

RIBADITO comunque che:

- il livello di finanziamento aggiuntivo APA ex DCA 332/2015 deve riferirsi esclusivamente alle prestazioni APA indicate per singola struttura dal DCA 332/2015 e riportate nel sopracitato DCA 220/2017 e che, pertanto, le ASL dovranno verificare puntualmente che l'erogazione della quota aggiuntiva si riferisca alle prestazioni APA di cui al sopracitato DCA 332/2015 coerentemente con la vigente normativa;
- la definizione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
- i livelli massimi di finanziamento si riferiscono anche alle 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 le prestazioni erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;
- le prestazioni potranno 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.;

RIBADITO altresì che le ASL dovranno:

- definire il livello massimo di finanziamento APA II semestre 2018 - intera annualità 2018 per singola struttura privata accreditata che insiste sul proprio territorio, previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione e accreditamento e di quanto stabilito dalla vigente normativa;
- sottoscrivere il contratto di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992, previa verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente;
- vigilare sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate;
- controllare che il livello massimo di finanziamento e la produzione erogata siano coerenti con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
- 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 stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;



RIBADITO altresì:

- che il livello massimo di finanziamento 2018 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;
- che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto deve ritenersi vincolante al profilo assistenziale per il quale è stato assegnato;
- che le ASL competenti per territorio devono procedere al perfezionamento del provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 15 giorni dal presente provvedimento;
- che le ASL competenti per territorio devono trasmettere alla Regione Lazio il provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 3 giorni dal perfezionamento del provvedimento medesimo, al fine della verifica del rispetto dei livelli massimi di finanziamento per Azienda Sanitaria Locale di cui al presente decreto commissariale;
- che le ASL devono verificare il possesso del titolo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di ogni singola struttura;
- che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di cui al presente decreto potrà 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 Servizio Sanitario Regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione/revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
- che l'erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il limite massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del SSR;
- 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;

RIBADITO che, in ogni caso, 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;

STABILITO, ai sensi di quanto previsto nella determinazione n. G07633/2018, di rinviare all'Area competente la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;



RIBADITO quanto previsto dall'art. 8-*quater*, comma 2, D.Lgs 502/1992;

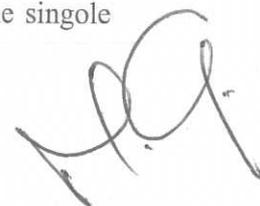
DECRETA

Le premesse sono parte integrante del presente provvedimento

1. di approvare l'allegato *Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale - APA II semestre 2018 - APA Anno 2018*, parte integrante del presente provvedimento;
2. che il livello massimo di finanziamento per le prestazioni APA II semestre 2018 - APA annuale 2018 verrà stabilito per ogni singola struttura dalle ASL competenti per territorio;
3. che i livelli di finanziamento II semestre 2018 rappresentano una estensione dei livelli I semestre già assegnati dal DCA 390/2017 e che, pertanto, i livelli 2018 APA quale somma del I e II semestre riguardano complessivamente l'intero esercizio senza soluzione di continuità;
4. che il livello di finanziamento non può superare, per ciascuna ASL gli importi indicati nel sopracitato allegato;
5. che il livello di finanziamento aggiuntivo APA ex DCA U 00332/2015 deve riferirsi esclusivamente alla prestazioni APA indicate per singola struttura dal DCA U 00332/2015 e riportate nel sopracitato DCA U 220/2017 e pertanto, le ASL dovranno verificare puntualmente che l'erogazione della quota aggiuntiva si riferisca esattamente alle prestazioni APA di cui al sopracitato DCA U 00332/2015 erogate coerentemente con la normativa vigente;
6. che gli importi di cui all'allegato "*Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale - APA II semestre 2018 - APA Anno 2018*" individuano l'attribuzione del livello massimo di finanziamento per il secondo semestre 2018 e l'intera annualità 2018;
7. che, infatti, i suddetti importi relativi al II semestre 2018 rappresentano una estensione dei livelli I semestre già assegnati dal DCA 390/2017 e che, pertanto, i livelli 2018 APA quale somma del I e II semestre riguardano complessivamente l'intero esercizio senza soluzione di continuità;
8. che il suddetto allegato riporta, per ogni ASL gli importi complessivi del lordo e la stima della quota ricetta, del ticket e del netto;



9. che, per quanto riguarda la ASL Roma 6, ai sensi della nota prot. 485988 del 06/08/201, si è proceduto ad accantonare sul livello di finanziamento di cui al presente provvedimento commissariale, l'impatto stimato del DCA 161/2018 sul II Semestre 2018;
10. che le ASL dovranno procedere alla definizione dei livelli massimi di finanziamento APA II semestre 2018 e APA anno 2018 per le singole strutture insistenti sul proprio territorio assegnando rispettivamente ad ogni struttura il valore del budget assegnato per il I semestre 2018 e la somma dei budget del primo e II semestre, fermo restando, per la ASL Roma 6 l'accantonamento di cui sopra;
11. di confermare 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;
12. di confermare quanto stabilito dal DCA 390/2017 in ordine alla stima del ticket, della quota ricetta e del netto;
13. che la definizione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
14. che i livelli massimi di finanziamento fanno riferimento anche alle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle 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 le prestazioni erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;
15. che le prestazioni potranno 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.;
16. che le ASL dovranno:
 - definire il livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata che insiste sul proprio territorio previa verifica del possesso del titolo di autorizzazione e accreditamento;
 - sottoscrivere il contratto di cui all'art. 8-*quinquies* D.Lgs 502/1992, previa verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente;
 - vigilare sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla coerenza tra le prestazioni effettivamente rese e quelle autorizzate e accreditate;
 - controllare che il livello massimo di finanziamento e la produzione erogata siano coerenti con la configurazione per la quale è stato rilasciato il titolo di accreditamento;
17. 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 stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;

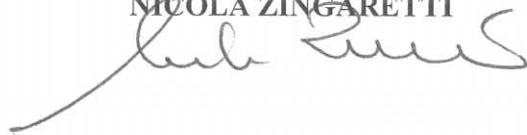
18. che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
19. che il livello massimo di finanziamento di cui al presente decreto deve ritenersi vincolante al profilo assistenziale per il quale è stato assegnato;
20. che le ASL competenti per territorio devono procedere al perfezionamento del provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 15 giorni dal presente decreto commissariale;
21. che le ASL competenti per territorio devono trasmettere alla Regione Lazio il provvedimento amministrativo relativo alla definizione del livello massimo di finanziamento per singola struttura privata accreditata entro 3 giorni dal perfezionamento del provvedimento medesimo, al fine della verifica del rispetto dei livelli massimi di finanziamento per Azienda Sanitaria Locale assegnati con il presente decreto commissariale;
22. che le ASL devono verificare il possesso dell'autorizzazione all'esercizio e del titolo di accreditamento di ogni singola struttura;
23. che il livello massimo di finanziamento in relazione all'attività di cui al presente decreto potrà 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;
24. che qualsiasi provvedimento di sospensione e/o 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 servizio Sanitario regionale, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione o revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
25. che l'erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il limite massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del SSR;
26. che all'erogatore viene riconosciuta la produzione erogata entro il livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

27. che, in ogni caso, 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;
28. di dare mandato alle competenti aziende sanitarie di vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e il volume delle attività effettivamente autorizzate e accreditate, nonché di eseguire tutti i controlli previsti dalla normativa vigente;
29. di rinviare, all'Area competente, ai sensi di quanto previsto nella determinazione n. G07633 del 13 giugno 2018 la valutazione dell'efficacia e efficienza produttiva dell'assistenza erogata dai singoli soggetti nonché la disciplina concernente il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione;
30. di ribadire quanto previsto dall'art. 8-*quater*, comma 2, D.Lgs 502/1992;

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI



Livello Massimo di finanziamento per l'attività di specialistica ambulatoriale - APA II semestre 2018 - APA Anno 2018

APA II Semestre 2018 (01/07/2018 - 31/12/2018)						APA Intera Annualità 2018 (I Semestre 2018 + II Semestre 2018)					
ASL	Livello di finanziamento 01/01/2018 - 30/06/2018	Ticket	Quota Fissa	Netto	ASL	Livello di finanziamento 2018 Totale	Ticket	Quota Fissa	Netto		
ROMA 1	6.854.988,28	205.649,65	68.549,88	6.580.788,75	ROMA 1	13.709.976,55	411.299,30	137.099,77	13.161.577,49		
ROMA 2	4.135.773,79	124.073,21	41.357,74	3.970.342,84	ROMA 2	8.271.547,57	248.146,43	82.715,48	7.940.685,67		
ROMA 3	2.418.816,56	72.564,50	24.188,17	2.322.063,90	ROMA 3	4.837.633,12	145.128,99	48.376,33	4.644.127,79		
ROMA 4	353.576,63	10.607,30	3.535,77	339.433,57	ROMA 4	707.153,26	21.214,60	7.071,53	678.867,13		
ROMA 6	1.422.491,05	42.674,73	14.224,91	1.365.591,41	ROMA 6	2.872.605,23	86.178,16	28.726,05	2.757.701,02		
LATINA	737.482,70	22.124,48	7.374,83	707.983,39	LATINA	1.474.965,41	44.248,96	14.749,65	1.415.966,79		
FROSINONE	496.716,65	14.901,50	4.967,17	476.847,98	FROSINONE	993.433,30	29.803,00	9.934,33	953.695,97		
TOTALE	16.419.845,66	492.595,37	164.198,46	15.763.051,83	TOTALE	32.867.314,44	986.019,43	328.673,14	31.552.621,86		
Accantonamento ASL Roma 6	27.623,13	828,69	276,23	26.518,20	Accantonamento ASL Roma 6	27.623,13	828,69	276,23	26.518,20		
TOTALE	16.447.468,78	493.424,06	164.474,69	15.789.570,03	TOTALE	32.894.937,56	986.848,13	328.949,38	31.579.140,06		

Livello Aggiuntivo APA ex DCA 332/2015 II Semestre 2018 (01/07/2018 - 31/12/2018)						Livello aggiuntivo APA ex DCA 332/2015 Intera annualità 2018 (I Semestre 2018 + II Semestre 2018)					
ASL	Livello di finanziamento 01/07/2018 - 31/12/2018	Ticket	Quota Fissa	Netto	ASL	Livello di finanziamento 2018 Totale	Ticket	Quota Fissa	Netto		
ROMA 1	1.216.277,22	36.488,32	12.162,77	1.167.626,13	ROMA 1	2.432.554,44	72.976,63	24.325,54	2.335.252,26		
ROMA 2	223.459,68	6.703,79	2.234,60	214.521,30	ROMA 2	446.919,37	13.407,58	4.469,19	429.042,59		
ROMA 3	154.025,01	4.620,75	1.540,25	147.864,01	ROMA 3	308.050,02	9.241,50	3.080,50	295.728,02		
ROMA 4	8.745,80	262,37	87,46	8.395,96	ROMA 4	17.491,59	524,75	174,92	16.791,93		
ROMA 6	135.474,22	4.064,23	1.354,74	130.055,25	ROMA 6	271.020,81	8.130,62	2.710,21	260.179,98		
LATINA	136.970,89	4.109,13	1.369,71	131.492,06	LATINA	273.941,79	8.218,25	2.739,42	262.984,12		
FROSINONE	167.048,74	5.011,46	1.670,49	160.366,79	FROSINONE	334.097,48	10.022,92	3.340,97	320.733,58		
TOTALE	2.042.001,56	61.260,05	20.420,02	1.960.321,50	TOTALE	4.084.075,49	122.522,26	40.840,75	3.920.712,47		
Accantonamento ASL Roma 6	72,38	2,17	0,72	69,48	Accantonamento ASL Roma 6	72,38	2,17	0,72	69,48		
TOTALE	2.042.073,93	61.262,22	20.420,74	1.960.390,98	TOTALE	4.084.147,86	122.524,44	40.841,48	3.920.781,95		