



Direzione: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: REMUNERAZIONE, BUDGET E CONTRATTI

DETERMINAZIONE (con firma digitale)

N. G10679 del 05/08/2022

Proposta n. 30437 del 05/08/2022

Oggetto:

Definizione ed assegnazione alle ASL del livello massimo di finanziamento per l'anno 2022 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.

Proponente:

Estensore	EMILIANO CAMILLONI	_____firma elettronica_____
Responsabile del procedimento	MICHELI ANNA	_____firma elettronica_____
Responsabile dell' Area	C. MILITE	_____firma digitale_____
Direttore Regionale	M. ANNICCHIARICO	_____firma digitale_____

Firma di Concerto

OGGETTO: Definizione ed assegnazione alle ASL del livello massimo di finanziamento per l'anno 2022 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.

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

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

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e s.m.i.;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale.” e s.m.i.;

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

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

VISTI

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;
- l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 18 dicembre 2019, rep. n. 209/CSR concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021;
- la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 e s.m.i., recante “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*”;

- il Regolamento Regionale 6 novembre 2019, n. 20, concernente: “Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale”;
- il DPCM 12 gennaio 2017, avente ad oggetto “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- il DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 avente ad oggetto “*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*”;
- la DGR n. 406 del 26 giugno 2020 avente ad oggetto “*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 DGR n. 661 del 29 settembre 2020, avente ad oggetto “*Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020*”;
- la DGR n. 20/2021 concernente: “*Disposizioni e indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2021-2023 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11*”;
- la Circolare del Direttore Generale di cui alla nota prot. 278021 del 30 marzo 2021 concernente le modalità operative per la gestione del Bilancio regionale 2021-2023;

VISTI:

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

- il D.L. 25 maggio 2021, n. 73 relativo a: *“Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali”*;

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

- l'art. 8-bis, comma 1, che prevede che *“le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies”*;
- l'art. 8-quater, comma 2, che prevede che *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8-quinquies”*;
- l'art. 8-quater, comma 7, secondo cui *“Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accredimento può essere concesso in via provvisoria per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolte e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accredimento temporaneo concesso”*;
- l'art. 8-quater, comma 8, secondo cui *“in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale”*;
- l'art. 8-quinquies, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private e con i professionisti accreditati, che indicano, tra l'altro:
 - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8-quinquies, comma 2, lettera d);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),omissis....(art. 8-quinquies, comma 2, lettera e- bis);
- l'art 8-quinquies, comma 2-quinquies, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accredimento istituzionale di cui all'articolo 8-quater;

RICHIAMATI altresì:

- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 e ss. mm. ii.;

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

RICHIAMATI:

- il DCA n. 313 del 4 luglio 2013, recante “*Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale (D.M. 18/10/2012)*”;
- il DCA n. 241 del 18 luglio 2014, recante “*Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l’anno 2014 in relazione all’attività di «Laboratorio Analisi» e per gli anni 2014 - 2015 per l’attività di «Altra Specialistica» svolte dalle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere SSR. - Aggiornamento Allegato A DCA 313/2013*”, che ha previsto, tra l’altro, di estendere la possibilità di erogare le prestazioni della branca di radioterapia alle strutture private accreditate (ambulatori e case di cura), esclusivamente per percorsi clinico assistenziali dedicati direttamente al trattamento della malattia neoplastica, nonché l’indicazione che alle suddette prestazioni in regime ambulatoriale venga riconosciuta la remunerazione della produzione complessivamente erogata;
- il DCA n. 332 del 13 luglio 2015, recante “*Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post-acuzie)*”, con il quale sono stati individuati l’elenco di DRG da trasferire in regime ambulatoriale (APA);
- il DCA n. U00071 del 3 giugno 2020, relativo a: “*Nomenclatore tariffario: estensione dell’erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale*”, che ha previsto l’apertura integrale del Nomenclatore tariffario al privato accreditato, ad eccezione della branca di Medicina fisica e riabilitativa – recupero e riabilitazione, per la quale è prevista la costituzione di una Commissione tecnica composta da membri delle Società scientifiche, allo scopo di fornire supporto in merito all’eventuale valutazione e revisione della declaratoria a definizione di presupposti, soggetti destinatari della prescrizione e modalità di esecuzione;

VISTO il DCA n. 115 del 2 maggio 2017, recante “*Attuazione del Programma Operativo Regionale 2016-2018. Revoca del DCA n. 270 del 26 giugno 2015 concernente l’approvazione del «Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio». Approvazione delle nuove direttive e dell’Allegato «Modalità organizzative della medicina di laboratorio nel settore privato accreditato»*”, che ha previsto, tra l’altro, che il laboratorio accreditato sotto soglia, al fine di continuare ad operare per il SSR, può aderire ad aggregazioni che prevedano l’effettuazione dell’attività analitica presso uno o più laboratori, individuando, per la contrattualizzazione, un unico soggetto quale esclusivo interlocutore della Regione;

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

VISTO il DCA n. 568 del 28 dicembre 2017 relativo a: “*Preso d’atto dell’accordo per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra l’Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata e l’IRCCS Fondazione G.B. Bietti per lo Studio e la Ricerca in Oftalmologia Onlus presso l’Ospedale Britannico nell’ambito della disciplina di cui all’art. 8 bis del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii*”;

VISTA la DGR n. 164 del 5 aprile 2022, avente ad oggetto “*L.r. 4/2003 e s.m.i. e del R.r. 20/2019. Autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale dell’IRCCS Fondazione G.B. Bietti – Centro Oftalmologico, gestito dalla Fondazione G.B. Bietti per lo studio e la ricerca in Oftalmologia Onlus – IRCCS (P. I.V.A 01891741009) sito in Roma, Via Santo Stefano Rotondo, 6. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell’ambito di quanto regolamentato dall’art. 8 bis del D.Lgs. 502 del 1992*”;

DATO ATTO che il citato percorso di riconduzione, non è ancora concluso, e che, pertanto si procederà all’accantonamento delle somme, nelle more della definizione del percorso come previsto anche nel nuovo documento in approvazione relativo ai Programmi operativi 2022/2024;

VISTA la sentenza del 6 luglio 2022 n. 5631, con la quale il Consiglio di Stato, ha accolto il ricorso della Fondazione Santa Lucia, ed ha disposto quindi l’assegnazione di un budget integrativo per l’anno corrente, definendone anche l’entità;

VISTI i provvedimenti con i quali sono stati fissati i livelli massimi di finanziamento per l’anno 2021 per l’erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie con onere a carico del SSR:

- la delibera di Giunta Regionale n. 339 dell’8 giugno 2021, avente ad oggetto “*Definizione dei livelli massimi di finanziamento 2021 per l’assistenza sanitaria e sociosanitaria e disciplina delle relative regole di finanziamento, remunerazione e contrattualizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie*”;

- la determinazione n. G09750 del 19 luglio 2021 avente ad oggetto “*Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2021 ed assegnazione alle ASL per l’acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato in attuazione della D.G.R. n. 339 del 8 giugno 2021*”;
- la determinazione n. G16327 del 24 dicembre 2021 avente ad oggetto “*Attuazione della D.G.R. n. 339 del 8 giugno 2021. Integrazioni e modifiche alle determinazioni n. G09750 del 19 luglio 2021 e GR3900-000001 del 5 agosto 2021 e ss.mm.ii. relative all’assegnazione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2021 per l’acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per attività ospedaliera per acuti a carico del SSR da privato accreditato. Presa d’atto delle rimodulazioni approvate dalla ASL RM1 e ASL di Frosinone relative al trasferimento del budget dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale*”;

PRESO ATTO delle delibere aziendali - agli atti dell’Area Remunerazione, budget e contratti – con le quali sono stati assegnati i budget 2021 per la specialistica ambulatoriale alle strutture insistenti nei rispettivi territori;

VISTA la DGR n. 1021 del 30 dicembre 2021, avente ad oggetto “*Acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato – Definizione livelli massimi di finanziamento provvisori per il primo semestre 2022 – Proroga contratto di budget ex DCA n. U00243 del 25/06/2019 e s.m.i.*”;

PRESO ATTO che la sopra richiamata DGR n. 1021/2021 ha espressamente stabilito di “*applicare provvisoriamente i livelli massimi di finanziamento 2021 per l’acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato sino alla data del 30 giugno 2022, nella misura di 6/12 del budget 2021, riproporzionato su base annua per le strutture che hanno sottoscritto nel 2021 un contratto per un arco temporale inferiore all’anno*” e “*che i budget definitivi assegnati per l’anno 2022 dovranno riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi*”;

VISTA la DGR n. 499 del 28 giugno 2022, avente ad oggetto “*Acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato – Proroga dei livelli massimi di finanziamento provvisori di cui alla D.G.R. 1021/2021 e del contratto di budget ex DCA n. U00243 del 25/06/2019 e s.m.i. fino al 30 settembre 2022*”;

PRESO ATTO che la sopra richiamata DGR n. 499/2022 ha espressamente stabilito, tra l’altro, di “*prorogare il termine di cui alla DGR n. 1021/2021 fino al 30 settembre 2022, nelle more della definizione dei livelli massimi di finanziamento per l’anno 2022, e di applicare, provvisoriamente, fino a tale data, i livelli massimi di finanziamento 2021 per l’acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privato accreditato, nella misura di 9/12 del budget 2021, riproporzionato su base annua per le strutture che hanno sottoscritto nel 2021 un contratto per un arco temporale inferiore all’anno*”;

DATO ATTO che è in corso di adozione il nuovo schema di accordo contrattuale per gli anni 2022 – 2024 previsto dall’art. 8 *quinquies* del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

PRESO ATTO dei dati di produzione 2021 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;

VISTA 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 tutto l'anno 2022 in misura pari a quelli assegnati per l'anno 2021, per le strutture private accreditate che erogano a carico del Servizio Sanitario Regionale assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e territoriale;

CONSIDERATO che con la DGR n. 642/2022, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale dai soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2022, è stato determinato complessivamente in a € 510.400.000 e che, in tale importo, sono ricomprese anche le seguenti voci:

1. il finanziamento per le prestazioni di dialisi e radioterapia;
2. il finanziamento per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica erogate nei pronto soccorso regionali per accessi non seguiti da ricovero;
3. l'eventuale finanziamento di strutture accreditate *ex novo* anche per singole branche, in particolare nelle specialità in cui sono previste le c.d. “prestazioni critiche”;
4. il finanziamento per la riconduzione nell'alveo di quanto disposto dal d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. degli eventuali rapporti c.d. “*extra ordinem*” ancora non conclusi;
5. il finanziamento per l'eventuale potenziamento e copertura delle prestazioni sanitarie necessarie alla popolazione, anche al fine di ridurre le liste d'attesa e la mobilità passiva;
6. le risorse necessarie per l'eventuale assegnazione e/o modifica del livello massimo di finanziamento nel caso di pronunce all'esito di contenziosi;

PRESO ATTO che, anche per l'anno 2022, sono state confermate le misure volte a ridurre le liste d'attesa per le c.d. “prestazioni critiche” e a favorire la deospedalizzazione, tramite l'erogazione di prestazioni sanitarie in *settings* assistenziali più appropriati, mediante l'incentivazione dell'erogazione di prestazioni in APA (Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali), attraverso il trasferimento del finanziamento per le prestazioni per acuti alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

CONSIDERATO che, per effetto dell'incidenza dei costi per le attività di dialisi (pacchetto V56A), radioterapia, accessi in PS non seguiti da ricovero e i necessari accantonamenti, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggetta al tetto di spesa, è determinato in complessivi € 313.251.864,70 così ripartiti:

- € 218.514.390,48 per le prestazioni di Altra Specialistica + Laboratorio di analisi;
- € 16.019.721,61 per le prestazioni critiche;

- € 42.408.408,36 per le prestazioni APA;
- € 35.309.344,27 per le prestazioni di Risonanza Magnetica;
- € 1.000.000,00 di incremento per eventuali assegnazioni di budget a nuove strutture accreditate anche per singole branche;

TENUTO CONTO che il tetto massimo di finanziamento 2022 di € 313.251.864,70 prevede:

- la conferma dello stesso valore di budget alle strutture che hanno sottoscritto il contratto per l'anno 2021, (fatto salvo gli eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* e tenendo conto di eventuali accantonamenti);
- nel tetto APA e nel tetto altra specialistica + laboratorio analisi, l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alla ASL RM 1 per l'accantonamento delle somme necessarie all'assegnazione del budget alla Fondazione Bietti a conclusione del percorso di riconduzione;
- nel tetto altra specialistica + laboratorio analisi, l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alla ASL RM 2 per l'assegnazione del budget alla Fondazione Santa Lucia in ottemperanza alla sentenza del Consiglio di Stato n. 5631 del 6 luglio 2022;
- l'incremento distinto per singola colonna, per ogni singola ASL, per eventuali assegnazioni di budget a nuove strutture accreditate anche per singole branche, in particolare nelle specialità in cui sono previste le c.d. "prestazioni critiche" ed in correlazione al fabbisogno aziendale;

DATO ATTO che l'incremento, di cui al precedente capoverso, è stato ottenuto parametrando il valore complessivo disponibile al numero di abitanti per singola ASL (fonte *Open Salutelazio* 2021) e al relativo finanziamento pro-capite, secondo la tabella sottostante:

ASL	Popolazione residente	Fondo di Potenziamento sulla base della popolazione residente	Fondo di riequilibrio sulla base del finanziamento pro-capite	TOTALE INCREMENTO
Roma 1	1.002.415,00	140.720,00	-	140.720,00
Roma 2	1.263.999,00	177.360,00	-	177.360,00
Roma 3	593.641,00	82.800,00	-	82.800,00
Roma 4	319.970,00	44.400,00	37.985,15	82.385,15
Roma 5	488.590,00	68.000,00	17.933,15	85.933,15
Roma 6	558.973,00	77.840,00	24.128,67	101.968,67
Viterbo	473.467,00	43.040,00	48.800,09	91.840,09
Rieti	561.139,00	21.200,00	52.742,22	73.942,22
Latina	151.668,00	78.160,00	-	78.160,00
Frosinone	306.934,00	66.480,00	18.410,72	84.890,72
Totale	5.720.796,00	800.000,00	200.000,00	1.000.000,00

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

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

RICHIAMATA la DGR 642 del 26 luglio 2022, nella parte in cui prevede l'adozione di misure *ad hoc* per il potenziamento nell'esecuzione delle prestazioni critiche, volto a ridurre le liste

d'attesa e a favorire la deospedalizzazione, tramite l'erogazione di prestazioni sanitarie in *settings* assistenziali più appropriati mediante l'incentivazione delle procedure APA (Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali);

TENUTO CONTO delle disposizioni in essa contenute con le quali, anche per l'anno 2022 è previsto che le strutture private accreditate possano presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per il trasferimento, fino ad un massimo del 20% del budget assegnato per acuti (escluso il F.R.A.C.), incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. "prestazioni critiche" e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla struttura stessa;

STABILITO che tale richiesta dovrà essere preceduta da formale istanza da parte della singola struttura privata accreditata (incluse quelle già autorizzate per gli anni 2020 e 2021) rivolta alla propria ASL e, per conoscenza, alla Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, da produrre entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURL;

STABILITO altresì, che nei successivi 30 giorni, la ASL provvederà alla verifica istruttoria della richiesta e, in caso di esito positivo, adotterà la relativa delibera aziendale con la quale recepirà la rimodulazione del budget da ospedaliero ad ambulatoriale per singola struttura sulla base delle richieste pervenute ed approvate entro i termini definiti;

STABILITO che tali richieste, relative al trasferimento del budget dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale, una volta approvate dall'Azienda sanitaria, recepite all'interno delle delibere aziendali e dagli accordi contrattuali 2022, dovranno intendersi definitive;

RITENUTO pertanto, di procedere per l'anno 2022 all'assegnazione del livello massimo di finanziamento alle Aziende sanitarie del Lazio per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette al tetto di spesa, ovvero: altra specialistica, laboratorio analisi, APA e RMN, stabilendo che le risorse destinate alle prestazioni ambulatoriali di radioterapia e dialisi (pacchetto V56A) - poiché non soggette ai vincoli del tetto di spesa - sarà riconosciuta la remunerazione della produzione complessivamente erogata nel corso del 2022 al netto dei previsti controlli;

STABILITO inoltre che, relativamente alla remunerazione delle prestazioni incluse in "*Altra Specialistica e Laboratorio Analisi*", il livello massimo di finanziamento 2022 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 2022 secondo il seguente schema:

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

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

Strutture territoriali ambulatoriali che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

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

Strutture territoriali ambulatoriali che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

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

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

STABILITO che, in sede di remunerazione, qualora il budget “indistinto” di *Altra Specialistica* e *Laboratorio Analisi* non sia stato completamente utilizzato e qualora le prestazioni critiche abbiano eroso completamente il budget “dedicato”, sarà utilizzata la parte disponibile del budget “indistinto” per la remunerazione delle prestazioni critiche; viceversa non sarà possibile remunerare prestazioni non critiche con il budget “indistinto” eventualmente disponibile;

RITENUTO che le strutture territoriali ambulatoriali, ancorché non soggette all’assegnazione di un budget “dedicato”, devono comunque concorrere, in un’ottica di miglioramento organizzativo di sistema, a rimodulare complessivamente la propria offerta nell’ambito del budget assegnato, dando priorità all’esecuzione delle prestazioni critiche nelle branche per cui sono accreditati, rispetto ad altre prestazioni, per le quali non siano registrati particolari disagi nei tempi di attesa;

RITENUTO che le ASL, nell’ambito della funzione di committenza, hanno la facoltà di procedere, tenuto conto del livello massimo di finanziamento assegnato dall’Amministrazione regionale, ad attribuire il budget anche a nuove strutture accreditate, utilizzando le ulteriori risorse assegnate e/o rimodulando il livello massimo tra tutti gli erogatori dello stesso settore o utilizzando eventuali economie;

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 2022** (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 2022**, 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;

STABILITO che, per "prestazioni critiche" ed APA devono intendersi le prestazioni ricomprese nell'Allegato 2 "*Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche e procedure APA*" alla determinazione n. G09750 del 19 luglio 2021;

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

DETERMINA

- che, in attuazione della DGR 642 del 26 luglio 2022, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale dai soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2022, è fissato complessivamente in € 510.399.891,68;

- che, per effetto dell'incidenza dei costi per le attività rimborsate a produzione e per i necessari accantonamenti, il livello massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale soggetto al tetto di spesa, è determinato in complessivi € 313.251.864,70 così ripartiti:

- € 218.514.390,48 per le prestazioni di Altra Specialistica + Laboratorio di analisi;
- € 16.019.721,61 per le prestazioni critiche;

- € 42.408.408,36 per le prestazioni APA;
- € 35.309.344,27 per le prestazioni di Risonanza Magnetica;
- € 1.000.000,00 di incremento per eventuali assegnazioni di budget a nuove strutture accreditate anche per singole branche;

che il tetto massimo di finanziamento 2022 di € 313.251.864,70 comprende:

- la conferma dello stesso valore di budget alle strutture che hanno sottoscritto il contratto per l'anno 2021, (fatto salvo gli eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* e tenendo conto di eventuali accantonamenti);
- nel tetto APA e nel tetto altra specialistica + laboratorio analisi, l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alla ASL RM 1 per l'accantonamento delle somme necessarie all'assegnazione del budget alla Fondazione Bietti;
- nel tetto altra specialistica + laboratorio analisi, l'adeguamento del livello massimo di finanziamento alla ASL RM 2 per l'assegnazione del budget alla Fondazione Santa Lucia in ottemperanza alla sentenza del Consiglio di Stato n. 5631 del 6 luglio 2022;
- l'incremento distinto in singola colonna, per ogni singola ASL, per eventuali assegnazioni di budget a nuove strutture accreditate anche per singole branche, in particolare nelle specialità in cui sono previste le c.d. "prestazioni critiche" ed in correlazione al fabbisogno aziendale;

che tale incremento è stato ottenuto parametrando il valore complessivo disponibile al numero di abitanti per singola ASL (*fonte Open Salutelazio 2021*) e al relativo finanziamento pro-capite, secondo la tabella sottostante:

ASL	Popolazione residente	Fondo di Potenziamento sulla base della popolazione residente	Fondo di riequilibrio sulla base del finanziamento procapite	TOTALE INCREMENTO
Roma 1	1.002.415,00	140.720,00	-	140.720,00
Roma 2	1.263.999,00	177.360,00	-	177.360,00
Roma 3	593.641,00	82.800,00	-	82.800,00
Roma 4	319.970,00	44.400,00	37.985,15	82.385,15
Roma 5	488.590,00	68.000,00	17.933,15	85.933,15
Roma 6	558.973,00	77.840,00	24.128,67	101.968,67
Viterbo	473.467,00	43.040,00	48.800,09	91.840,09
Rieti	561.139,00	21.200,00	52.742,22	73.942,22
Latina	151.668,00	78.160,00	-	78.160,00
Frosinone	306.934,00	66.480,00	18.410,72	84.890,72
Totale	5.720.796,00	800.000,00	200.000,00	1.000.000,00

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

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

- che, anche per l'anno 2022, le strutture private accreditate possono presentare istanza alla propria ASL di appartenenza per il trasferimento, fino ad un massimo del 20% del budget assegnato per acuti

(escluso il F.R.A.C.), incrementando per un equivalente valore esclusivamente il budget dedicato alle c.d. “prestazioni critiche” e/o agli APA compatibilmente con il titolo autorizzativo e di accreditamento rilasciato alla medesima struttura;

- che tale richiesta deve essere preceduta da formale istanza da parte della singola struttura privata accreditata (incluse quelle già autorizzate per gli anni 2020 e 2021) rivolta alla propria ASL e, per conoscenza, alla Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, da trasmettersi entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURL;

- che nei successivi 30 giorni, la ASL procederà alla verifica istruttoria della richiesta e, in caso di esito positivo, adotterà la relativa delibera aziendale con la quale recepirà la rimodulazione del budget da ospedaliero ad ambulatoriale per singola struttura sulla base delle richieste pervenute ed approvate entro i termini definiti;

- che tali richieste, relative al trasferimento del budget dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale, una volta approvate dall’Azienda sanitaria, recepite all’interno delle delibere aziendali e dagli accordi contrattuali 2022, dovranno intendersi definitive a partire dal corrente anno 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 2022**, 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, per “prestazioni critiche” ed APA devono intendersi le prestazioni ricomprese nell’Allegato 2 “*Elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche e procedure APA*” alla determinazione n. G09750 del 19 luglio 2021;

- che le ASL, nell’esercizio della propria funzione di committenza, definiscono entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente atto con proprio provvedimento i tetti di spesa (budget) per l’acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per singolo erogatore afferente al proprio ambito territoriale, secondo i limiti e le modalità indicati nel presente provvedimento e nell’ **Allegato 1 Livello massimo di finanziamento per l’attività di specialistica ambulatoriale 2021**;

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

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

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

Strutture territoriali ambulatoriali che non aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

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

Strutture territoriali ambulatoriali che aderiscono ad aggregazioni di laboratorio:

- Budget *RMN*, pari al valore assegnato nel 2021;
 - Budget *Laboratorio Analisi*, pari al valore assegnato nel 2021;
 - Budget *Altra Specialistica*, pari al valore assegnato nel 2021;
- che le ASL potranno adeguare i budget assegnati nel 2022 tenendo conto di eventuali riproporzionamenti nel caso di budget assegnati *pro-rata temporis* nell’anno 2021;
- che, in sede di remunerazione, qualora il budget “indistinto” di *Altra Specialistica e Laboratorio Analisi* non sia stato completamente utilizzato e qualora le prestazioni critiche abbiano saturato completamente il budget “dedicato”, sarà utilizzata la parte disponibile del budget “indistinto” per la remunerazione delle prestazioni critiche; viceversa non sarà possibile remunerare prestazioni non critiche con il budget “indistinto” eventualmente disponibile;
- che i livelli massimi di finanziamento fissati per il 2022 dovranno, comunque, riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla pubblicazione del presente atto;
- che il livello massimo di finanziamento in relazione all’attività di specialistica ambulatoriale di cui alla presente determinazione può, in ogni caso, subire delle modificazioni in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione e/o contenimento della spesa emanati a livello regionale e/o nazionale;
- che qualsiasi provvedimento di sospensione/revoca dell’accreditamento è idoneo a determinare l’automatica sospensione e/o revoca del livello massimo di finanziamento e che quindi, dalla data di notifica del provvedimento di sospensione e/o revoca la struttura non può erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatte salve diverse disposizioni nei provvedimenti di sospensione/revoca finalizzate alla garanzia della continuità assistenziale;
- che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASL rappresenta limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento (budget) assegnato dalle ASL alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;
- che i livelli massimi di finanziamento assegnati alle ASL si riferiscono anche a prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e che pertanto, i budget che saranno attribuiti dalle ASL alle strutture insistenti sul proprio territorio, dovranno comprendere anche tali prestazioni;
- che le prestazioni possono essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l’accordo contrattuale di cui all’art. 8-*quinquies* del D. Lgs 502/1992 e s.m.i.;

- che gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASL che definiscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;
- che all'erogatore viene riconosciuta la produzione relativa fino al limite massimo assegnato, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

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

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

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

MASSIMO ANNICCHIARICO

ALLEGATO 1

APA			
ASL	LORDO	TICKET	NETTO
Roma 1	17.656.474,20	529.694,23	17.126.779,97
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
Totale	42.408.408,36	1.272.252,25	41.136.156,11

RISONANZA MAGNETICA			
ASL	LORDO	TICKET	NETTO
Roma 1	5.565.780,16	500.920,21	5.064.859,95
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	1.492.152,12	134.293,69	1.357.858,43
Roma 5	5.207.011,62	468.631,05	4.738.380,57
Roma 6	2.970.158,48	267.314,26	2.702.844,21
Viterbo		-	-
Rieti		-	-
Latina	2.298.992,82	206.909,35	2.092.083,47
Frosinone	3.901.569,59	351.141,26	3.550.428,33
Totale	35.309.344,26	3.177.840,98	32.131.503,27

ALTRA SPECIALISTICA - PRESTAZIONI CRITICHE			
ASL	LORDO	TICKET	NETTO
Roma 1	8.460.991,56	930.709,07	7.530.282,49
Roma 2	3.682.940,06	405.123,41	3.277.816,65
Roma 3	1.416.203,63	155.782,40	1.260.421,23
Roma 4	28.913,22	3.180,45	25.732,77
Roma 5	26.786,64	2.946,53	23.840,11
Roma 6	671.201,32	73.832,15	597.369,17
Viterbo	16.542,35	1.819,66	14.722,69
Rieti		-	-
Latina	1.413.036,55	155.434,02	1.257.602,53
Frosinone	303.106,28	33.341,69	269.764,59
Totale	16.019.721,61	1.762.169,38	14.257.552,23

ALTRA SPECIALISTICA+LABORATORIO ANALISI (INDISTINTO)			
ASL	LORDO	TICKET	NETTO
Roma 1	98.468.635,96	10.831.549,96	87.637.086,01
Roma 2	53.986.680,38	5.938.534,84	48.048.145,54
Roma 3	20.884.056,95	2.297.246,26	18.586.810,69
Roma 4	2.789.794,69	306.877,42	2.482.917,27
Roma 5	12.896.699,41	1.418.636,94	11.478.062,47
Roma 6	10.664.633,17	1.173.109,65	9.491.523,52
Viterbo	2.971.663,71	326.883,01	2.644.780,70
Rieti	1.334.499,45	146.794,94	1.187.704,51
Latina	8.740.261,02	961.428,71	7.778.832,31
Frosinone	5.777.465,74	635.521,23	5.141.944,51
Totale	218.514.390,48	24.036.582,95	194.477.807,53

ASL	Popolazione residente	Fondo di Potenziamento sulla base della popolazione residente	Fondo di riequilibrio sulla base del finanziamento procapite	TOTALE INCREMENTO
Roma 1	1.002.415,00	140.720,00	-	140.720,00
Roma 2	1.263.999,00	177.360,00	-	177.360,00
Roma 3	593.641,00	82.800,00	-	82.800,00
Roma 4	319.970,00	44.400,00	37.985,15	82.385,15
Roma 5	488.590,00	68.000,00	17.933,15	85.933,15
Roma 6	558.973,00	77.840,00	24.128,67	101.968,67
Viterbo	473.467,00	43.040,00	48.800,09	91.840,09
Rieti	561.139,00	21.200,00	52.742,22	73.942,22
Latina	151.668,00	78.160,00	-	78.160,00
Frosinone	306.934,00	66.480,00	18.410,72	84.890,72
Totale	5.720.796,00	800.000,00	200.000,00	1.000.000,00