

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 10 dicembre 2019, n. U00498

**Definizione del livello massimo di finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. per l'anno 2019.**

**Oggetto: Definizione del livello massimo di finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. per l'anno 2019.**

## **IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**

### **VISTI, per quanto riguarda il Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario:**

- l'art. 120 della Costituzione;
- 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 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-Regioni;
- l'articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il DCA n. 303 del 25 luglio 2019 avente ad oggetto: *“Adozione del piano di rientro «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021» ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”*;
- il DCA n. 469 del 14 novembre 2019 avente ad oggetto: *“Adozione in via definitiva del piano di rientro “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”*;

### **VISTI, per quanto riguarda i poteri:**

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- 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 DGR del 24 aprile 2018 n. 203 di modifica del regolamento generale di organizzazione riorganizzazione delle Direzioni regionali Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, *“Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale”* e D.G.R. 252/2018 di differimento al 6 giugno 2018 del termine di entrata in vigore della D.G.R. 203/2018;
- la DGR del 1 giugno 2018, n. 252 *“Modifiche alla deliberazione di Giunta regionale n. 203 del 24 aprile 2018”*, con la quale si è provveduto a posticipare il termine previsto per le modifiche dell'assetto organizzativo delle strutture della Giunta regionale dal 1 giugno 2018 al 6 giugno 2018;
- la DGR del 5 giugno 2018, n. 271 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al dott. Renato Botti;

- la Direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 33759;
- la Determinazione G07633 del 13 giugno 2018, recante: “*Istituzione delle strutture organizzative di base denominate «Aree» e «Uffici» della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 337598*”;

**VISTI, per quanto riguarda le norme in materia sanitaria:**

- Il Regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e s.m.i.;
- il D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.;
- il D.Lgs 21 dicembre 1999 n. 517 e s.m.i.;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4, concernente “*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*”;
- l’Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 10 luglio 2014, rep. n. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014-2016;
- il D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007 n. 2;
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007 n. 13;
- 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*”;

**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’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-*quinqies*, 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-*quinqies*, 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, 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-quater, il quale prevede che: *“Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico [omissis] 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...omissis”*;
- 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;
- l'art. 8-sexies, che prevede, al comma 1, che *“Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione”*.
- l'art. 8-sexies, comma 2, che stabilisce che *“Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:*
  - a) *programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;*
  - b) *programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;*
  - c) *attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;*
  - d) *programmi di assistenza a malattie rare;*
  - e) *attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;*
  - f) *programmi sperimentali di assistenza;*
  - g) *programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;”*

- l'art. 8-*sexies*, comma 3, che stabilisce che *“I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell’attività svolta”*;

**CONSIDERATE le pronunce giurisprudenziali in materia ed in particolare:**

- che in modo costante e uniforme la giurisprudenza amministrativa ha confermato che la fissazione dei tetti di spesa rientra tra gli atti autoritativi e vincolanti di programmazione di esclusiva competenza regionale e rappresenta un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica e che il provvedimento con il quale si fissa il livello massimo di finanziamento per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate non viola il legittimo affidamento di queste ultime, che rimangono libere di scegliere se operare nel mercato privato (*ex pluribus*, Cons. di Stato, ad. pl. n. 8/2006, n. 3/2012, n. 4/2012; Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014, n. 679/2013, n. 3372/2011; sez. V, n. 1252/2011; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 659/2013, n. 8549/2012);
- che la giurisprudenza amministrativa ha precisato che: *“...omissis... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l’esigenza che l’attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell’ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni”* (Cons. di Stato, ad. pl. n. 3/2012 cit.);
- che l’art. 8-*quinquies*, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. non prevede assolutamente la possibilità per le strutture di erogare prestazioni a carico del SSR commisurate alla capacità produttiva in accreditamento, essendo la sottoscrizione del contratto l’unico presupposto per tale erogazione, dal momento che, soltanto in virtù di detto accordo pattizio, viene assegnato alla struttura il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate: ciò significa che, ai sensi del combinato disposto degli artt. 8-*quinquies*, comma 2 e 8-*quater* comma 2 del citato decreto, la Regione acquista prestazioni in rapporto al fabbisogno e alle risorse disponibili e, quindi, anche al di sotto dell’offerta in regime di accreditamento delle strutture erogatrici (in tal senso, anche il consolidato orientamento giurisprudenziale secondo cui *“nella determinazione dei tetti di spesa la regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili.....omissis.....I tetti di spesa per le strutture private accreditate sono infatti il modo con cui la regione stabilisce quanto può spendere per acquisire da operatori privati prestazioni che non è in grado di produrre direttamente in misura adeguata alle esigenze della collettività. In altri termini spetta alla regione pianificare, con ampia discrezionalità la spesa sanitaria pubblica e tale atto programmatico condiziona il diritto alla salute rendendolo compatibile con il suo costo finanziario”* (Cons. di Stato, sez. III, 19 luglio 2011, n. 4359; sez. V, 11 agosto 2010 n. 5632; TAR Lazio, sez. III *quater*, 21 gennaio 2013, n. 659);
- che anche la più recente giurisprudenza amministrativa ha ribadito che *“...omissis... chi intende operare nell’ambito della Sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque, ed in primo luogo, assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto della salute ...omissis... in alternativa agli operatori resta la*

*scelta di agire come privati nel privato*” (Cons. di Stato, sez. III, Ordin. n. 906/2015; TAR Abruzzo, L’Aquila, n. 585/2015);

**VISTI i provvedimenti di budget relativi all’acquisto di prestazioni ospedaliere da privato, in particolare:**

- il DCA n. 334 del 25 luglio 2017 recante: *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti, di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica, con onere a carico del servizio sanitario regionale, nonché definizione del finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere ai sensi dell’art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per strutture pubbliche e private accreditate - Biennio 2017-2018”*;
- il DCA n. 119 del 27 marzo 2019 recante *“Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, ivi compreso F.R.A.C. per il Presidio Policlinico Casilino, gestito dalla Società Eurosanità S.p.A. – 1 Febbraio – 31 Dicembre 2019”* e sua integrazione con DCA n. 214 del 7 giugno 2019;
- il DCA n. 151 del 30 aprile 2019 recante *“Definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2019. Criteri di definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2020. Regole di remunerazione 2019-2021”*;
- il DCA n. 215 del 7 giugno 2019 recante *“Ridefinizione del finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere ai sensi dell’art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per Policlinico Tor Vergata, Policlinico Universitario statale Umberto I, San Camillo-Forlanini – annualità 2018.”*;
- il DCA n. 355 del 7 agosto 2019 recante *“Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie, ad integrazione del livello di finanziamento assegnato con DCA 151/2019”*;

**CONSIDERATO** che il DCA n. 334/2017, così come integrato dal DCA 215/2019, ha definito, fra l’altro, il finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere ai sensi dell’art. 8-sexies del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per le strutture pubbliche e private accreditate con riferimento al biennio 2017-2018;

**VISTA** la nota prot. n. 795119 del 07/10/2019 della competente Area regionale con la quale è stato richiesto di incrementare il finanziamento per i maggiori costi connessi alle attività dei Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dall’insieme delle strutture del SSR;

**RITENUTO OPPORTUNO**, in attesa della conclusione delle attività di ricognizione dell’attuale fabbisogno assistenziale connesso alle attività rese nell’ambito delle predette funzioni e dei processi attualmente utilizzati per la loro erogazione, confermare anche per l’anno 2019, il livello massimo di finanziamento previsto dal DCA n. 334/2017, così come integrato dal DCA n. 215/2019, per tutte le funzioni assistenziali-ospedaliere ivi previste, con esclusione:

- dei maggiori costi sostenuti per l’appartenenza alla rete urgenza ed emergenza sostenuti dalle strutture pubbliche e private accreditate;
- dei maggiori costi derivanti dall’occupazione dei posti letto in terapia intensiva sostenuti dalle strutture pubbliche e private accreditate;

- del finanziamento per i maggiori costi di coordinamento derivanti dalle attività di tipizzazione, così come da richiesta formulata dall'Area Rete Ospedaliera e Specialistica con nota prot. n. 795119 del 07/10/2019;

**CONSIDERATO** che:

- il DCA n. 151/2019 ha previsto, fra l'altro, di finanziare le strutture private accreditate per l'erogazione delle funzioni ex art. 8-*sexies* del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per un importo pari ad € 131.000.000 e le prestazioni di assistenza ospedaliera neuro-riabilitativa per un importo di € 51.180.747;
- il DCA n. 355/2019, in attuazione del DCA n. 151/2019, ha previsto di finanziare le attività di neuro-riabilitazione di cui al punto che precede per un minor importo pari ad € 48.741.447;

**RITENUTO OPPORTUNO**, pertanto, sulla base dei provvedimenti sopra richiamati, finanziare i maggiori costi sostenuti dalle strutture private accreditate nell'esercizio finanziario 2019 per le funzioni ex art. 8-*sexies* del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., per l'importo stabilito dal DCA n. 151/2019, pari ad € 131.000.000, al quale verrà aggiunto l'importo pari ad € 2.439.300 derivante dal minor finanziamento delle prestazioni di post-acuzie neuro-riabilitative rispetto all'importo previsto dal DCA 151/2019, per un importo complessivo pari ad **€ 133.439.300**;

**CONSIDERATO** che:

- il DCA 334/2017 prevedeva un finanziamento per le funzioni ex art. 8-*sexies* del D.Lgs 502/1992 erogate dal Presidio Policlinico Casilino per conto dall'ASL RM2 per un importo complessivo pari a **€ 13.944.527** di cui:
  - € 8.800.428 per le Reti di Emergenza ed Urgenza;
  - € 5.144.099 per le Terapie Intensive, Unità Terapia Intensiva Coronarica e Unità Terapia Intensiva Neonatale;
- con DCA n. 34 del 23 gennaio 2019 avente ad oggetto "*Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo al Policlinico Casilino, gestito dalla Società Eurosanità S.p.A. (partita IVA 06726891002), sito in via Casilina 1049 – Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8-bis del D.Lgs 502/1992*", è stato concluso il procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale del Presidio Policlinico Casilino;
- pertanto il Presidio Policlinico Casilino viene finanziato nell'anno 2019 quale soggetto privato accreditato, a seguito della conclusione del procedimento di riconduzione;
- il finanziamento del Presidio Policlinico Casilino nell'anno 2019 non concorre al computo dei tetti di spesa previsti dal D.L. 95/2012 (cd. *spending review*) per l'assistenza ospedaliera da privato accreditato in quanto contabilizzato dalla ASL RM2 negli anni precedenti, in altra voce del bilancio di esercizio;
- il finanziamento del Presidio Policlinico Casilino nell'anno 2019, quale soggetto privato accreditato, è pari ad **€ 12.566.085** quale quota riproporzionata (01/02/2019-31/12/2019) del finanziamento previsto dal DCA 334/2017 di cui:
  - € 8.052.994 per le Reti di Emergenza ed Urgenza;
  - € 4.513.091 per le Terapie Intensive, Unità Terapia Intensiva Coronarica e Unità Terapia Intensiva Neonatale

**CONSIDERATO** che:

- nel DCA 334/2017, il finanziamento per le funzioni ospedaliere-assistenziali erogate dalle strutture private accreditate **diverse** da quelle riferite ai maggiori costi derivanti dall'appartenenza alla rete urgenza ed emergenza (di seguito *funzione di emergenza e urgenza*) e dai maggiori costi derivanti dalle attività erogate su posti letto in terapia intensiva (di seguito *funzione di terapia intensiva*) è pari a € **12.726.854**;
- pertanto il finanziamento sottoposto ai limiti della *spending review* da destinare complessivamente per l'anno 2019 alle funzioni ospedaliere-assistenziali erogate dalle strutture private accreditate riferite all'*emergenza e urgenza* e alla *terapia intensiva* è pari a € **120.712.446** (€ 133.439.300 - € 12.726.854);

**RITENUTO** pertanto opportuno suddividere per l'anno 2019 il finanziamento sottoposto ai limiti della *spending review* da destinare alle funzioni ospedaliere-assistenziali erogate dalle strutture private accreditate riferite all'*emergenza e urgenza* e alla *terapia intensiva* in modo proporzionale a quanto ripartito nel DCA 334/2017;

**CONSIDERATO** che:

- i tetti di spesa imposti dal D.L. 95/2012 sono invalicabili;
- le funzioni di *emergenza e urgenza* saranno remunerate a consuntivo sulla base del numero di accessi netti<sup>1</sup> al pronto soccorso effettivamente registrati nel 2019;
- le funzioni di *terapia intensiva* saranno remunerate a consuntivo sulla base dell'effettivo impiego dei letti accreditati per la terapia intensiva nel 2019;
- il finanziamento del 2019 per le funzioni di *emergenza e urgenza* e *terapia intensiva* assegnato alle singole strutture con i criteri sopra descritti, rappresenta un valore provvisorio che sarà oggetto di ridefinizione, alla luce dei volumi di produzione effettivamente resi nel corso del 2019;
- il finanziamento sottoposto ai limiti della *spending review* per le strutture private accreditate delle funzioni di *emergenza e urgenza* e *terapia intensiva* per l'anno 2019 non può superare rispettivamente il valore di € **67.622.916** ed € **53.089.530** per un valore complessivo pari a € 120.712.446;

**CONSIDERATO** pertanto che il finanziamento definitivo delle funzioni di *emergenza e urgenza* e *terapia intensiva*, verrà rideterminato a *valore standard medio*, come di seguito indicato:

- per le funzioni di urgenza ed emergenza:
  - a) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato in funzione del numero degli accessi netti nell'anno 2019 remunerabili a consuntivo e valorizzazione di tali accessi secondo il *valore standard medio*, tenuto conto del ruolo ricoperto nella Rete di Emergenza ed Urgenza e del limite di spesa di € **75.675.910** (€ 67.622.916 + € 8.052.994);
  - b) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore pubblico in funzione del numero degli accessi netti nell'anno 2019 remunerabili a consuntivo e valorizzazione di tali accessi applicando il *valore standard medio* di cui al punto a) precedente, tenuto conto del ruolo ricoperto nella Rete di Emergenza ed Urgenza;

---

<sup>1</sup> Dal 1° gennaio 2019 saranno considerati accessi remunerabili anche gli accessi identificati da *codice 08 – paziente si allontana*; pertanto gli “accessi netti” rappresentano la sommatoria di tutti gli accessi a carico SSN al netto degli accessi “*codice 6 – paziente non risponde a chiamata*”, a differenza di quanto stabilito negli esercizi precedenti.



- per le funzioni di terapia intensiva:
  - c) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato in funzione del numero delle giornate di occupazione dei posti letto accreditati nell'anno 2019, remunerabili a consuntivo e valorizzazione secondo il *valore standard medio*, tenuto conto del limite di spesa di € **57.602.621** (€ 53.089.530 + € 4.513.091);
  - d) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato in funzione del numero delle giornate di occupazione dei posti letto accreditati nell'anno 2019, remunerabili a consuntivo e valorizzazione applicando il *valore standard medio* di cui al punto c) precedente;

**RITENUTO OPPORTUNO** finanziare all'interno della funzione di *emergenza ed urgenza*, a partire dall'anno 2020, anche i maggiori costi sostenuti per il trattamento della trombolisi farmacologica e della trombectomia in pazienti con accesso al pronto soccorso non seguito da ricovero, secondo criteri da definirsi in apposito provvedimento da emanare;

**STABILITI** pertanto i livelli massimi di finanziamento relativi all'annualità 2019, per le funzioni ospedaliere-assistenziali di cui all'art. 8-*sexies* del D.Lgs 502/1992 di cui all'**ALLEGATO A**, per le funzioni di seguito elencate:

- TAB. 1 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza ed Urgenza (di seguito *emergenza e urgenza*);
- TAB. 2 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi relativi alle attività in Terapia Intensiva, in Unità Terapia Intensiva Coronarica, in Unità Terapia Intensiva Neonatale (di seguito *terapia intensiva*);
- TAB. 3 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi ai programmi di trattamento delle Malattie Rare (di seguito *malattie rare*);
- TAB. 4 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per il funzionamento dei centri di coordinamento delle donazioni e dei trapianti di organi e tessuti (di seguito *donazione e trapianti*);
- TAB. 5 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività dei Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie (di seguito *centri di riferimento*);
- TAB. 6 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per le attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone positive HIV (di seguito *AIDS/HIV*);
- TAB. 7 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi al sistema di allarme sanitario – attivazione e gestione del sistema di sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive (di seguito *malattie infettive*);
- TAB. 8 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale nell'ambito delle neoplasie rare (di seguito *neoplasie rare*).

**CONSIDERATO** che il livello massimo di finanziamento nonché i relativi criteri di determinazione e di remunerazione di cui al presente decreto potranno in ogni caso subire delle modifiche in considerazione degli eventuali provvedimenti di razionalizzazione/contenimento della spesa emanati a livello nazionale;

**RIBADITO** che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;

**CONFERMATO** che qualsiasi provvedimento in essere di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento, con la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;

**RITENUTO** che le competenti Aziende Sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate, accreditate e contrattualizzate, nonché sui costi sostenuti (al netto dei ricavi) per lo svolgimento delle funzioni finanziate;

**STABILITO** che, relativamente agli accessi effettuati per pazienti fuori Regione (mobilità attiva) i rapporti economici saranno regolati tra le Regioni in base alle regole vigenti dell'accordo di mobilità;

**CONFERMATO** che il finanziamento per le funzioni di *malattie rare, donazione e trapianti, centri di riferimento, AIDS/HIV, malattie infettive e neoplasie rare* è soggetto a rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle prestazioni effettivamente erogate;

**CONFERMATO**, in particolare, che il finanziamento per le funzioni di *malattie rare, centri di riferimento, AIDS/HIV, malattie infettive e neoplasie rare* è soggetto a rendicontazione dei costi e dei ricavi che le strutture interessate sono obbligate a trasmettere entro e non oltre il 31 marzo 2020, utilizzando l'apposito *format* allegato al presente Decreto (**ALLEGATO B**);

**CONFERMATO** che le Aziende Sanitarie competenti per territorio dovranno acquisire e valutare le rendicontazioni delle Case di Cura Private Accreditate, degli Ospedali Classificati, degli IRCSS privati e dei Policlinici Universitari non statali, al fine di liquidare le relative fatture solo all'esito dell'accertata congruità della rendicontazione;

**STABILITO** che anche i costi e i ricavi relativi ai finanziamenti riconosciuti dalla Regione Lazio alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, ai Policlinici Universitari Statali Pubblici e agli IRCCS pubblici dovranno essere rendicontati dagli stessi utilizzando il medesimo *format* di cui all'**ALLEGATO B** e dovranno essere trasmessi alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria entro e non oltre il 31 marzo 2020;

**STABILITO** invece che, relativamente al finanziamento per le funzioni di *donazione e trapianti*, per la rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle attività effettivamente erogate nel corso dell'esercizio 2019 le strutture interessate sono obbligate a trasmettere la rendicontazione al Centro Regionale Trapianti, entro e non oltre il 28 febbraio 2020, utilizzando l'apposito *format* allegato al presente Decreto (**ALLEGATO C**);

**STABILITO** che il Centro Regionale Trapianti dovrà procedere alla valutazione della congruità della rendicontazione dei costi e dei ricavi e delle correlate attività, pervenuti attraverso l'apposito

format allegato al presente Decreto (**ALLEGATO C**), al fine di consentire alle Aziende Sanitarie competenti la liquidazione o l'eventuale recupero entro il 30 aprile 2020 per i maggiori costi sostenuti per le attività erogate nell'esercizio 2019;

**VISTO** l'avvio del procedimento n. 902606 del 08/11/2019;

**TENUTO CONTO** delle osservazioni ricevute in merito all'avvio del procedimento dalle seguenti aziende sanitarie/strutture/associazioni:

- Azienda Sanitaria Roma 2, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 906467/2019;
- Aiop, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 923479/2019;
- Icot, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 925128/2019;
- Campus Biomedico, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 925262/2019;
- Policlinico Casilino, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 931584/2019;
- Fate Bene Fratelli "San Giovanni Calibita", acquisita agli atti regionali con protocollo n. 934718/2019;
- Ospedale San Carlo di Nancy, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 936952/2019;
- Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 940487/2019;
- Unindustria, acquisita agli atti regionali con protocollo n. 950219/2019;

**RITENUTO** necessario, anche in base alle osservazioni contenute in alcune note di cui al punto che precede, confermare che, in relazione alle prestazioni finanziate con il Decreto del Commissario ad acta n. 422/2015 - ex tabella 1bis "*Remunerazione delle prestazioni relative a diagnostica, laboratorio e visite mediche erogate sugli accessi non seguiti da ricovero*" - gli accessi a PS non seguiti da ricovero saranno remunerati a consuntivo sulla base del numero di accessi effettivamente eseguiti nell'anno 2019, al netto dei ricavi derivanti dalla compartecipazione alla spesa (ticket), utilizzando le tariffe di cui al citato Decreto del Commissario ad acta n. 422/2015, sia per pazienti residenti nel Lazio sia per pazienti residenti fuori regione, come da tabella che segue:

<b>RUOLO NELLA RETE</b>	<b>Tariffa tabella 1-bis (DCA U00442/2015)</b>
DEA II Livello	€ 110,38
DEA I Livello	€ 99,30
Pronto Soccorso	€ 99,16
Pronto Soccorso Specialistico	€ 45,34

**RIBADITO** che il finanziamento per le suddette prestazioni per l'anno 2019 non potrà comunque superare il livello massimo riconosciuto per le medesime prestazioni erogate nell'anno 2015, maggiorate del 6% su base annua 2015;

**DECRETA**

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di definire il livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 secondo quanto indicato nell'**ALLEGATO A** al presente provvedimento;
- di determinare il finanziamento del 2019 per le funzioni di *emergenza e urgenza e terapia intensiva* di cui al punto precedente quale valore provvisorio che sarà oggetto di ridefinizione, alla luce dei volumi produttivi effettivamente resi nel corso del 2019;
- di stabilire che il finanziamento definitivo delle funzioni di *emergenza e urgenza e terapia intensiva*, verrà rideterminato a *valore standard medio*, come di seguito indicato:
  - per le funzioni di urgenza ed emergenza:
    - a) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato in funzione del numero degli accessi netti nell'anno 2019 remunerabili a consuntivo e valorizzazione di tali accessi secondo il *valore standard medio*, tenuto conto del ruolo ricoperto nella Rete di Emergenza ed Urgenza e del limite di spesa di € **75.675.910**;
    - b) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore pubblico in funzione del numero degli accessi netti nell'anno 2019 remunerabili a consuntivo e valorizzazione di tali accessi applicando il *valore standard medio* di cui al punto a) precedente, tenuto conto del ruolo ricoperto nella Rete di Emergenza ed Urgenza;
  - b) per le funzioni di terapia intensiva:
    - c) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato in funzione del numero delle giornate di occupazione dei posti letto accreditati nell'anno 2019, remunerabili a consuntivo e valorizzazione secondo il *valore standard medio*, tenuto conto del limite di spesa di € **57.602.621**;
    - d) ridefinizione del livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato in funzione del numero delle giornate di occupazione dei posti letto accreditati nell'anno 2019, remunerabili a consuntivo e valorizzazione applicando il *valore standard medio* di cui al punto c) precedente;
- di definire il finanziamento per i maggiori costi di coordinamento derivanti dalle attività di tipizzazione, secondo quanto descritto dall'Area Rete Ospedaliera e Specialistica con nota prot. n. 795119 del 07/10/2019;
- di confermare quanto previsto dal Decreto del Commissario ad acta n. 334/2017, in relazione alle prestazioni finanziate con il Decreto del Commissario ad acta n. 422/2015 - ex tabella 1bis "*Remunerazione delle prestazioni relative a diagnostica, laboratorio e visite mediche erogate sugli accessi non seguiti da ricovero*" così come indicato nelle premesse;
- di prevedere il finanziamento della funzione di *emergenza ed urgenza*, a partire dall'anno 2020, anche i maggiori costi sostenuti per il trattamento della trombolisi farmacologica in pazienti con accesso al pronto soccorso non seguito da ricovero, secondo criteri da definirsi in apposito provvedimento da emanare;

- che i budget fissati con il presente decreto, nonché quelli rideterminati a consuntivo sulla base dei criteri sopra esposti, sono da considerarsi tetti massimi invalicabili;
- di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disposto dal DCA n. 243/2019.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. La pubblicazione ha valore di notifica a tutti gli effetti per tutti i soggetti interessati.

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

**NICOLA ZINGARETTI**

## ALLEGATO A

TABELLA 1			
Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza e Urgenza			
ASL	STRUTTURE SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	RUOLO NELLA RETE	TOTALE FINANZIAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE AL NETTO DEI RICAVI DA PS
ROMA 1	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	€ 4.206.084
ROMA 2	Madre Giuseppina Vannini	DEA I	€ 5.011.873
ROMA 1	San Pietro - Fatebenefratelli	DEA I	€ 8.223.949
ROMA 1	Aurelia Hospital	DEA I	€ 3.210.760
	<b>TOT DEA I LIVELLO</b>		<b>€ 20.652.666</b>
ROMA 1	Policlinico Universitario Agostino Gemelli	DEA II	€ 32.962.599
	<b>TOT DEA II LIVELLO</b>		<b>€ 32.962.599</b>
ROMA 1	Ospedale San Carlo di Nancy	PS	€ 2.469.337
ROMA1	Cristo Re	PS	€ 2.514.650
ROMA 6	Sant' Anna	PS	€ 2.610.320
LATINA	Citta' di Aprilia	PS	€ 4.115.945
	<b>TOT PRONTO SOCCORSO</b>		<b>€ 11.710.252</b>
LATINA	I.C.O.T.	PS spec.	€ 2.297.399
	<b>TOT PRONTO SOCCORSO SPECIALISTICO</b>		<b>€ 2.297.399</b>
	<b>TOTALE</b>		<b>€ 67.622.916</b>
Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza e Urgenza			
ASL/AO	STRUTTURE <u>NON</u> SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	RUOLO NELLA RETE	TOTALE FINANZIAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE AL NETTO DEI RICAVI DA PS
ROMA 2	Policlinico Casilino	DEA I	€ 8.052.994
ROMA 2	Azienda Roma 2	DEA I	€ 747.434
ROMA 2	Sandro Pertini	DEA I	€ 9.168.413
ROMA 2	Sant' Eugenio	DEA I	€ 7.910.903
ROMA 3	Giovanni Battista Grassi	DEA I	€ 7.282.115
ROMA 1	Santo Spirito	DEA I	€ 3.952.276
ROMA 4	San Paolo	DEA I	€ 2.833.168
ROMA 5	San Giovanni Evangelista	DEA I	€ 5.041.277
ROMA 6	Generale Provinciale	DEA I	€ 4.094.734
ROMA 6	Civile Paolo Colombo	DEA I	€ 3.555.608
VITERBO	Belcolle	DEA I	€ 5.364.151
RIETI	San Camillo de Lellis	DEA I	€ 4.680.119
LATINA	Santa Maria Goretti P.O. Latina Nord	DEA I	€ 7.984.469
LATINA	Dono Svizzero P.O. Latina Sud	DEA I	€ 4.537.586
FROSINONE	Fabrizio Spaziani	DEA I	€ 5.147.491
FROSINONE	Santa Scolastica	DEA I	€ 4.805.308
ROMA 1	San Filippo Neri	DEA I	€ 3.824.347
A.O. Sant'Andrea	S.Andrea	DEA I	€ 4.731.178
A.O. POLICL. TOR VERGATA	Policlinico Tor Vergata Generale	DEA I	€ 6.549.078
	<b>TOT DEA I LIVELLO</b>		<b>€ 100.262.649</b>
A.O. San Camillo Forlanini	San Camillo	DEA II	€ 22.334.256
A.O. San Giovanni	San Giovanni	DEA II	€ 7.366.734
A.O. POLICL. UMBERTO I'	Azienda Universitaria Policlinico Umberto I	DEA II	€ 30.613.269
	<b>TOT DEA II LIVELLO</b>		<b>€ 60.314.259</b>
ROMA 4	Civile di Bracciano	PS	€ 1.208.802
ROMA 5	Parodi Delfino	PS	€ 2.812.745
ROMA 5	Santissimo Gonfalone	PS	€ 1.462.276
ROMA 5	Coniugi Bernardini	PS	€ 3.879.344
ROMA 5	Angelucci	PS	€ 695.582
ROMA 6	San Giuseppe	PS	€ 3.209.915
ROMA 6	San Sebastiano Martire / Nuovo Ospedale dei Castelli	PS	€ 3.335.310
VITERBO	Civile di Acquapendente	PS	€ 500.194
VITERBO	Civitacastellana - Andosilla	PS	€ 1.291.878
VITERBO	Civile di Tarquinia	PS	€ 1.689.505
LATINA	A. Fiorini P.O. Latina Centro (Terracina)	PS	€ 3.485.573
LATINA	San Giovanni di Dio P.O. Latina Centro (Fondi)	PS	€ 2.579.688
FROSINONE	San Benedetto	PS	€ 2.952.676
FROSINONE	Santissima Trinita'	PS	€ 2.984.922
	<b>TOT PRONTO SOCCORSO</b>		<b>€ 32.088.410</b>
A.O. POLICL. UMBERTO I'	Policlinico Umberto I - P.S. Odontoiatrico	PS spec.	€ 3.352.583
	Policlinico Tor Vergata_Odontoiatrico		€ 882.683
ROMA 2	C.T.O.	PS spec.	€ 4.085.292
ROMA 1	Regionale Oftalmico	PS spec.	€ 4.365.110
	<b>TOT PRONTO SOCCORSO SPECIALISTICO</b>		<b>€ 12.685.668</b>
	<b>TOTALE</b>		<b>€ 205.350.986</b>

VALORE DI RIFERIMENTO PER IL CALCOLO DEL VSM (valore standard medio)	
Strutture private accreditate sottoposte a vincolo ex D.L. 95/2012	€ 67.622.916,00
Policlinico Casilino	€ 8.052.994,00
<b>Totale</b>	<b>€ 75.675.910,00</b>

TABELLA 2

Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche

ASL	STRUTTURE SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	RUOLO	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA CORONARICA	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TOTELE TERAPIA INTENSIVA
ROMA 1	San Pietro - Fatebenefratelli	DEA I	€ 2.018.548	€ 1.328.382	€ 2.865.419	€ 6.212.349
ROMA 1	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	€ 3.027.822	€ 718.937	€ 2.074.216	€ 5.820.975
ROMA 1	San Carlo di Nancy	PS				€ -
ROMA 1	Cristo Re	PS	€ 3.027.822	€ -		€ 3.027.822
ROMA 1	Aurelia Hospital	DEA I	€ 2.282.863	€ 1.373.570		€ 3.656.433
ROMA 1	Policlinico A. Gemelli	DEA II	€ 13.967.590	€ 2.516.279	€ 7.641.118	€ 24.124.987
ROMA 2	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	DEA I	€ 2.018.548	€ 1.617.609		€ 3.636.157
ROMA 2	Neurological Center of Latiium	-	€ 490.811			€ 490.811
ROMA 2	Casa di Cura Nuova Itor	-		€ 470.988		€ 470.988
ROMA 2	Campus Biomedico	-	€ 1.513.911	€ 23.463		€ 1.537.374
ROMA 3	Citta di Roma	-		€ 658.109		€ 658.109
ROMA 3	European Hospital	-	€ 1.305.307	€ 690.550		€ 1.995.857
ROMA 6	Sant'Anna	PS		€ 448.394		€ 448.394
LATINA	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	PS SPEC.	€ 1.009.274			€ 1.009.274
		TOTALE	€ 30.662.496	€ 9.846.281	€ 12.580.753	€ 53.089.530

Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche

ASL	STRUTTURE NON SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	RUOLO	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA CORONARICA	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TOTELE TERAPIA INTENSIVA
ROMA 1	P.O. Santo Spirito	DEA I	€ 2.245.746	€ 1.221.683		€ 3.467.429
ROMA 1	Asl Roma 1 (San Filippo Neri)	DEA I	€ 4.970.521	€ 1.416.262		€ 6.386.783
ROMA 2	Policlinico Casilino	DEA I	€ 1.819.346	€ 971.982	€ 1.721.763	€ 4.513.091
ROMA 2	Azienda Roma 2	DEA I	€ 168.862	€ 90.214	€ 159.804	€ 418.880
ROMA 2	Sant'Eugenio	DEA I	€ 3.906.325	€ 1.062.196	€ 940.783	€ 5.909.304
ROMA 2	Sandro Pertini	DEA I	€ 1.988.208	€ 1.338.658		€ 3.326.866
ROMA 3	Giovanni Battista Grassi	DEA I	€ 2.485.260	€ 1.062.196		€ 3.547.456
ROMA 4	San Paolo	DEA I	€ 1.491.156	€ 708.131		€ 2.199.287
ROMA 4	Padre Pio	PS				€ -
ROMA 5	Parodi Delfino	PS	€ 994.104	€ 691.013		€ 1.685.117
ROMA 5	Angelucci	PS				€ -
ROMA 5	San Giovanni Evangelista	DEA I	€ 1.491.156	€ 1.062.196		€ 2.553.352
ROMA 6	P.O. Anzio-Nettuno	DEA I	€ 964.465	€ 758.630		€ 1.723.095
ROMA 6	P.O. Albano-Genzano	PS	€ 541.510	€ 833.666		€ 1.375.176
ROMA 6	Civile Paolo Colombo	DEA I	€ 1.042.167			€ 1.042.167
ROMA 6	San Sebastiano Martire	PS		€ 414.265		€ 414.265
VITERBO	Belcolle	DEA I	€ 1.847.624	€ 951.497	€ 247.136	€ 3.046.257
RIETI	P.O. Unificato Rieti	DEA I	€ 1.724.663	€ 903.281		€ 2.627.944
LATINA	P.O. Latina Nord	DEA I	€ 2.485.260	€ 1.416.262		€ 3.901.522
LATINA	P.O. Latina Sud	DEA I	€ 1.739.682	€ 708.131		€ 2.447.813
FROSINONE	Fabrizio Spaziani (ex Umberto I)	DEA I	€ 1.936.941	€ 1.416.262		€ 3.353.203
FROSINONE	Santissima Trinita'	PS	€ 1.465.923	€ 708.131		€ 2.174.054
FROSINONE	Santa Scolastica	DEA I	€ 1.456.711	€ 567.189		€ 2.023.900
A.O. San Camillo Forlanini	San Camillo - Forlanini	DEA II	€ 9.443.989	€ 1.239.229	€ 940.783	€ 11.624.001
A.O. San Giovanni	San Giovanni - Addolorata	DEA II	€ 4.259.188	€ 1.770.327	€ 1.411.175	€ 7.440.690
A.O. POLICL. UMBERTO I'	Policlinico Umberto I	DEA II	€ 11.929.250	€ 2.478.458	€ 1.375.166	€ 15.782.874
IFO	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	-	€ 1.289.692			€ 1.289.692
IMNI SPALLANZANI	Lazzaro Spallanzani	-	€ 799.449			€ 799.449
A.O. Sant'Andrea	Sant'Andrea	DEA I	€ 4.970.521	€ 1.062.196		€ 6.032.717
A.O. POLICL. TOR VERGATA	Tor Vergata	DEA I	€ 4.970.521	€ 1.416.262		€ 6.386.783
	TOTALE		€ 74.428.240	€ 26.268.317	€ 6.796.610	€ 107.493.167

VALORE DI RIFERIMENTO PER IL CALCOLO DEL VSM (Valore Standard Medio)

STRUTTURE	TERAPIA INTENSIVA	TERAPIA INTENSIVA CORONARICA	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TOTELE TERAPIA INTENSIVA
Strutture private accreditate sottoposte a vincolo ex D.L. 95/2012	€ 30.662.496,00	€ 9.846.281,00	€ 12.580.753,00	€ 53.089.530,00
Policlinico Casilino	€ 1.819.346,00	€ 971.982,00	€ 1.721.763,00	€ 4.513.091,00
Totale	€ 32.481.842,00	€ 10.818.263,00	€ 14.302.516,00	€ 57.602.621,00

TABELLA 3

## Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi ai Programmi di Trattamento delle Malattie Rare

ASL	STRUTTURE SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	FINANZIAMENTO
ROMA 1	A.O. San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli	€ 187.268
ROMA 1	San Carlo di Nancy	€ 269.054
ROMA 1	IDI - Istituto Dermatologico dell'Immacolata	€ 294.194
ROMA 1	Policlinico Universitario A. Gemelli	€ 2.400.324
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 3.150.840</b>

## Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi ai Programmi di Trattamento delle Malattie Rare

ASL/AO	STRUTTURE <u>NON</u> SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	FINANZIAMENTO
ROMA 1	Ospedale Oftalmico	€ 176.254
ROMA 1	San Filippo Neri	€ 74.852
ROMA 2	Ospedale Sant'Eugenio	€ 627.840
LATINA	Santa Maria Goretti	€ 32.032
A.O. San Camillo Forlanini	A.O. San Camillo Forlanini	€ 328.128
Policlinico Umberto I'	Azienda Universitaria Policlinico Umberto I'	€ 5.521.284
IFO	IRCCS - IFO Regina Elena/San Galliciano	€ 262.577
INMI Spallanzani	IRCCS - INMI Lazzaro Spallanzani	€ 40.563
A.O. Policlinico Tor Vergata	Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata	€ 498.336
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 7.561.866</b>



TABELLA 4						
Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento delle donazioni di organi e tessuti, per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l'attività di trapianto di organi e tessuti						
ASL	STRUTTURE SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	QUOTA PER COORDINAMENTO AZIENDALE PER LE DONAZIONI	QUOTA TOTALE DONAZIONI FINANZIAMENTO	FINANZIAMENTO TRAPIANTI DI ORGANO	TOTALE FINANZIAMENTO CENTRI DI COORDINAMENTO, DONAZIONE ORGANI E TRAPIANTI	
ROMA 1	Policlinico Universitario non statale A. Gemelli	€ 249.000	€ 633.309	€ 7.098.474	€ 7.980.783	
	TOTALE	€ 249.000	€ 633.309	€ 7.098.474	€ 7.980.783	
<b>Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento delle donazioni di organi e tessuti, per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l'attività di trapianto di organi e tessuti</b>						
ASL/AO	STRUTTURE NON SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	QUOTA PER COORDINAMENTO AZIENDALE PER LE DONAZIONI	QUOTA TOTALE DONAZIONI FINANZIAMENTO	FINANZIAMENTO TRAPIANTI DI ORGANO	TOTALE FINANZIAMENTO CENTRI DI COORDINAMENTO, DONAZIONE ORGANI E TRAPIANTI	
ROMA 1	Asl Roma 1 (ex Roma A, ex Roma E, ex San Filippo Neri)	€ 204.000	€ -	€ -	€ 204.000	
ROMA 1	Asl Roma 1 (San Filippo Neri)	€ -	€ 27.784	€ -	€ 27.784	
ROMA 1	Ospedale Santo Spirito	€ -	€ 1.500	€ -	€ 1.500	
ROMA 2	Asl Roma 2 (ex Roma B e ex Roma C)	€ 204.000	€ -	€ -	€ 204.000	
ROMA 2	Ospedale C.T.O.	€ 39.567	€ -	€ -	€ 39.567	
ROMA 2	Ospedale Sant'Eugenio	€ -	€ 64.063	€ 882.502	€ 946.565	
ROMA 2	Ospedale Sandro Pertini	€ -	€ 45.568	€ -	€ 45.568	
ROMA 3	Asl Roma 3 (ex Roma D)	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
ROMA 3	Ospedale Giovan Battista Grassi	€ -	€ 104.716	€ -	€ 104.716	
ROMA 4	Asl Roma 4 (ex Roma F)	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
ROMA 4	Ospedale Civitavecchia	€ -	€ 4.000	€ -	€ 4.000	
ROMA 4	Ospedale Bracciano	€ -	€ 1.000	€ -	€ 1.000	
ROMA 5	Asl Roma 5 (ex Roma G)	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
ROMA 5	Ospedale Colferro	€ -	€ 2.000	€ -	€ 2.000	
ROMA 5	Ospedale Tivoli	€ -	€ 1.000	€ -	€ 1.000	
ROMA 6	Asl Roma 6 (ex Roma H)	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
ROMA 6	Ospedale Anzio	€ -	€ 8.000	€ -	€ 8.000	
ROMA 6	Ospedale Velletri	€ -	€ 2.000	€ -	€ 2.000	
ROMA 6	Ospedale Frascati	€ -	€ 7.500	€ -	€ 7.500	
VITERBO	Asl Viterbo	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
VITERBO	Ospedale Belcolle	€ -	€ 50.279	€ -	€ 50.279	
RIETI	Asl Rieti	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
RIETI	Ospedale San Camillo	€ -	€ 3.500	€ -	€ 3.500	
LATINA	Asl Latina	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
LATINA	Ospedale Santa Maria Goretti	€ -	€ 109.211	€ -	€ 109.211	
FROSINONE	Asl Frosinone	€ 124.500	€ -	€ -	€ 124.500	
FROSINONE	Ospedale Fabrizio Spaziani	€ -	€ 37.995	€ -	€ 37.995	
AO SAN CAMILLO FORLANINI	Ospedale Fabrizio Spaziani	€ 249.000	€ 401.062	€ 6.352.335	€ 7.002.397	
A.O. San Giovanni	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini	€ 204.000	€ 181.614	€ -	€ 385.614	
A.O. POLICL. UMBERTO I'	Policlinico Universitario Umberto I - Addolorata	€ 249.000	€ 581.787	€ 5.760.132	€ 6.590.919	
A.O. POLICL. TOR VERGATA	Policlinico Universitario Tor Vergata	€ 249.000	€ 386.879	€ 9.645.995	€ 10.281.874	
A.O. Sant'Andrea	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	€ 204.000	€ 117.256	€ -	€ 321.256	
IFO	IRCCS IFO	€ 102.000	€ 9.000	€ -	€ 111.000	
INMI SPALLANZANI	IRCCS Spallanzani	€ 102.000	€ -	€ -	€ 102.000	
	TOTALE	€ 2.763.000	€ 2.187.281	€ 22.640.964	€ 27.591.245	

TABELLA 5			
Quota finalizzata per il finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività dei Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dall'insieme delle strutture del SSR			
ASL	STRUTTURE SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE	FINANZIAMENTO 2019
ROMA 1	Policlinico Universitario non statale A. Gemelli	Centro antiveleni	€ 918.081,00
		<b>TOTALE</b>	<b>€ 918.081,00</b>
Quota finalizzata per il finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività dei Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dall'insieme delle strutture del SSR			
ASL/AO	STRUTTURE NON SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE	FINANZIAMENTO 2019
ROMA 2	Asl Roma 2	Centro di Validazione Biologica del Sangue	€ 1.500.000,00
ROMA 3	Ospedale Sant'Eugenio	Centro grandi ustioni	€ 1.241.477,72
A.O. Sant'Andrea	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	Centro regionale sangue	€ 1.015.246,00
A.O. San Giovanni	Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata	Innesti corneali - banca degli occhi	€ 332.976,00
A.O. POLICL. UMBERTO I*	Policlinico Universitario statale Umberto I	Screening neonatale	€ 1.725.517,00
A.O. POLICL. UMBERTO I*	Policlinico Universitario statale Umberto I	STEN - Servizio Trasporto Emergenze Neonatali	€ 2.233.705,00
A.O. POLICL. UMBERTO I*	Policlinico Universitario statale Umberto I	Fibrosi cistica	€ 1.772.437,00
A.O. POLICL. UMBERTO I*	Policlinico Universitario statale Umberto I	Centro antiveleni	€ 283.750,00
A.O. POLICL. UMBERTO I*	Policlinico Universitario statale Umberto I	Centro Alcologico	€ 1.711.567,00
A.O. POLICL. UMBERTO I*	Policlinico Universitario statale Umberto I	Centro Regionale per la tipizzazione HLA finalizzato alla donazione di midollo osseo" in supporto all'AO San Camillo Forlanini.	€ 120.000,00
IFO	I.R.C.C.S. IFO	Banca regionale tessuto muscolo scheletrico	€ 1.706.576,00
A.O. San Camillo Forlanini	Centro Regionale Trapianti	Centro regionale trapianti	€ 2.500.000,00
A.O. San Camillo Forlanini	Centro Regionale per la tipizzazione HLA	Sede del Registro Regionale dei donatori di Midollo Osseo del Lazio presso il Laboratorio di Genetica Medica e Centro Regionale per la tipizzazione HLA finalizzato alla donazione di midollo osseo	€ 280.000,00
		<b>TOTALE</b>	<b>€ 16.423.251,72</b>

<b>TABELLA 6</b>		
<b>Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per l'attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive</b>		
<b>ASL</b>	<b>STRUTTURE SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012</b>	<b>FINANZIAMENTO 2019</b>
ROMA 1	Polclinico A. Gemelli	€ 677.150
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 677.150</b>
<b>Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per l'attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive</b>		
<b>ASL/AO</b>	<b>STRUTTURE NON SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012</b>	<b>FINANZIAMENTO 2019</b>
VITERBO	Belcolle	€ 677.150
LATINA	Santa Maria Goretti - P.O. Latina Nord	€ 1.238.300
A.O. POLICL. UMBERTO I°	Polclinico Umberto I°	€ 677.150
INMI Lazzaro Spallanzani	INMI Lazzaro Spallanzani	€ 2.769.500
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 5.362.100</b>

TABELLA 7

Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi al sistema di allarme sanitario - attivazione e gestione del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive		
AO	STRUTTURE NON SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	FINANZIAMENTO 2019
INMI-SPALLANZANI	INMI - Lazzaro Spallanzani	€ 1.325.300

TABELLA 8

Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all'assistenza dei casi di neoplasie rare

AO	STRUTTURE NON SOTTOPOSTE AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	FINANZIAMENTO 2019
IFO	IRCCS - IFO Regina Elena/San Gallicano	€ 515.775
A.O. POLICL. UMBERTO I°	Policlinico Umberto I	€ 699.660
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.215.435</b>

TABELLA 9  
RIEPILOGO

LINEA DI FINANZIAMENTO	FINANZIAMENTO SOTTOPOSTO AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	FINANZIAMENTO NON SOTTOPOSTO AI VINCOLI DELLA SPENDING REVIEW D.L. 95/2012	TOTALE
emergenza e urgenza	€ 67.622.916	€ 205.350.986	€ 272.973.902
terapia intensiva	€ 53.089.530	€ 107.493.167	€ 160.582.697
malattie rare	€ 3.150.840	€ 7.561.866	€ 10.712.706
donazione e trapianti	€ 7.980.783	€ 27.591.245	€ 35.572.028
centri di riferimento	€ 918.081	€ 16.423.252	€ 17.341.333
AIDS/HIV	€ 677.150	€ 5.362.100	€ 6.039.250
malattie infettive	€ -	€ 1.325.300	€ 1.325.300
neoplasie rare	€ -	€ 1.215.435	€ 1.215.435
TOTALE	€ 133.439.300	€ 372.323.351	€ 505.762.651

	Quota finalizzata per il finanziamento dei maggiori costi connessi.....	
RICAVI	Ricoveri Ordinari	
	Ricoveri DH / DS	
	Prestazioni ambulatoriali	
	Pronto Soccorso	
	Altri ricavi	
	<b>TOTALE RICAVI</b>	
COSTI DIRETTI	Beni sanitari	
	Beni non sanitari	
	Servizi sanitari	
	di cui Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	
	Servizi non sanitari	
	Manutenzione e riparazione	
	Godimento beni terzi	
	Personale ruolo sanitario - medico -	
	di cui Personale assegnato alla U.O. di riferimento	
	di cui Personale assegnato ad altre U.O.	
	Personale ruolo sanitario - infermieristico	
	Personale ruolo sanitario - altro	
	Personale ruolo professionale	
	Personale ruolo tecnico	
	Personale ruolo amministrativo	
	Oneri diversi di gestione	
	Ammortamenti immateriali	
	Ammortamenti materiali	
	Altri costi	
	<b>COSTI DIRETTI</b>	
COSTI INDIRETTI	Funzioni Centrali	
	Beni Sanitari	
	Costi Generali	
	Altri costi di produzione	
	Godimento di beni di terzi	
	Altri costi	
	<b>COSTI INDIRETTI</b>	
RICAVI		
FINANZIAMENTO RICONOSCIUTO		
COSTI DIRETTI		
COSTI INDIRETTI		
RISULTATO DI GESTIONE		
RICAVI		

Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamenti delle donazioni di organi e tessuti, per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l'attività di trapianto di organi e tessuti		Denominazione Azienda:	Ricarvi/costi riferibili all'attività di trapianto			
Denominazione centro di rilevazione (UOC/UOS Dipartimentale sede di centro Trapianto o Coordinamento Aziendale per le Donazioni)		Ricarvi/costi riferibili al centro di rilevazione		Numero FTE (1)		
Totale ricavi/ costi riferiti al centro di rilevazione		Numero FTE (1)		Driver di ribaltamento		
<b>RICAVI</b>	Ricoveri Ordinari	-	-	-	-	
	Ricoveri DH/DS	-	-	-	-	
	Prestazioni ambulatoriali	-	-	-	-	
	Pronto Soccorso	-	-	-	-	
	Altri ricavi	-	-	-	-	
	<b>TOTALE RICAVI</b>	-	-	-	-	
	<b>COSTI DIRETTI</b>	Beni sanitari	-	-	-	-
		Beni non sanitari	-	-	-	-
		Servizi sanitari	-	-	-	-
		di cui Consulenze, Collaborazioni, Internale e altre prestazioni di lavoro sanitario e socio-sanitarie	-	-	-	-
Servizi non sanitari		-	-	-	-	
Manutenzione e riparazione		-	-	-	-	
Godimento beni terzi		-	-	-	-	
Personale ruolo sanitario - medico		-	-	-	-	
di cui Personale assegnato alla U.O. di riferimento		-	-	-	-	
di cui Personale assegnato ad altre U.O.		-	-	-	-	
Personale ruolo sanitario - infermieristico		-	-	-	-	
Personale ruolo sanitario - altro		-	-	-	-	
Personale ruolo professionale		-	-	-	-	
Personale ruolo tecnico		-	-	-	-	
Personale ruolo amministrativo		-	-	-	-	
Altri diversi di gestione		-	-	-	-	
Ammortamenti immateriali		-	-	-	-	
Altri costi		-	-	-	-	
<b>COSTI DIRETTI</b>	-	-	-	-		
<b>COSTI INDIRETTI</b>	Funzioni Centrali	-	-	-	-	
	Ribaltamento sale operatorie/servizi diagnostici/terapie intensive	-	-	-	-	
	Trasporti d'organi ed equipie chirurgiche (Solo per i centri di trapianto d'organi)	-	-	-	-	
	Beni Sanitari	-	-	-	-	
	Costi Generali	-	-	-	-	
	Altri costi di produzione	-	-	-	-	
	Godimento di beni di terzi	-	-	-	-	
	Altri costi	-	-	-	-	
	<b>COSTI INDIRETTI</b>	-	-	-	-	
	<b>RICAVI</b>	-	-	-	-	
<b>FINANZIAMENTO RICONOSCIUTO</b>	-	-	-	-		
<b>COSTI DIRETTI</b>	-	-	-	-		
<b>COSTI INDIRETTI</b>	-	-	-	-		
<b>RISULTATO DI GESTIONE</b>	-	-	-	-		

(1) FTE: Full time equivalent - indica lo sforzo evogato o pianificato per svolgere una attività o un progetto. Un FTE equivale ad una persona che lavora a tempo pieno (8 ore al giorno) per un anno lavorativo e che viene anche chiamato anno-uomo. Ad esempio, un progetto che "costa" 10 FTE su un periodo di 6 mesi, impiega 10 persone a tempo pieno nell'arco dei sei mesi. L'impiego di eventuali dipendenti con orario diverso vengono riparametrati a questa quantità. Ad esempio, una persona con contratto di lavoro a tempo parziale di 6 ore giornaliere equivale a 0,75 FTE (6/8 ore), mentre una che lavora per quattro ore sarà pari a 0,5 FTE.



Attività erogata dal Centro di Coordinamento		
DESCRIZIONE	DATI	NOTE
N° decessi con Lesione Cerebrale in T.I. (cod. 49)		
N° Segnalazioni PDO		
N° donatori di organo		
N° di opposizione alla donazione di organi		
N° decessi in Ospedale		
N° donatori di tessuti oculari		
N° donatori volontari midollo osseo - attività tipizzazione HLA		
N° donatori cadavere di tes. muscolo-scheletrico		
N° donatori vivente di tes. muscolo-scheletrico		
N° interventi di artroprotesi dell'anca (cod 8151 e 8152)		
N° corsi di formazione ECM organizzati		
N° incontri di sensibilizzazione organizzati		

Attività erogata dal Centro Trapianti		
Descrizione	Dati	Note
N° posti letto dell'Unità Trapianti (UOC, UOSD)		
N° Trapianti d'organo		
N° Trapianti di cellule staminali allogeniche tra consanguinei		
N° Trapianti di cellule staminali allogeniche tra NON consanguinei		
N° di tutti gli interventi chirurgici eseguiti nella UOC di appartenenza		
Degenza media DRG Trapianti:		
Trapianto di rene DRG 302		
Trapianto di fegato DRG 480		
Trapianto di cuore DRG 103		
Trapianto di polmone DRG 495		
Trapianto di rene-pancreas DRG 512		
Trapianto di midollo osseo DRG 481		
Peso medio dei DRG della UOC di appartenenza (esclusi i trapianti)		