

Avv. SILVIO BOZZI
STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
FAX 06.8551844

**ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO
REGIONALE DEL LAZIO**
produzione per

l'“Istituto Figlie di San Camillo” - Ospedale “Madre Giuseppina Vannini”,
contro

**il Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della
Regione Lazio;**

- la Presidenza del Consiglio dei Ministri;

**- il Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della
Regione Lazio;**

- la Regione Lazio;

nei confronti

**della Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione -
Istituto Dermopatico dell'Immacolata;**

nonché nei confronti

dell'AUSL Roma C;

del Ministero della Salute;

del Ministero dell'Economia e delle Finanze;

del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

INDICE DEGLI ATTI

n. ordine

-
- A Originale del ricorso notificato il 19.1.2013;
- B Copia della procura ad negotia, rilasciata dalla Superiora Generale e legale
rappresentante dell'Istituto, Reverenda Madre Laura Biondo, in religione Suor Laura,
del 30.12.2008, Repertorio n. 24763 – Atto n. 8464 ad opera del Notaio Dott. Giorgio
Perrotta, Notaio in Roma;
- 1 Copia del Decreto n. 349/2012 e nota del 22.11.2012 (provvedimento impugnato);
- 2 Copia del Decreto n. 428/2012 e nota del 9.1.2013 (provvedimento impugnato);
- 3 Copia del Decreto n. 88/2012 (provvedimento impugnato);
- 4 Copia del Decreto n. 115/2012 (provvedimento impugnato);
- 5 Copia del Decreto n. 113/2011;
- 6 Copia del Decreto n. 348/2012;
- 7 Copia della nota della Regione Lazio del 4.9.2012.

Roma, 29 gennaio 2013


(Avv. Silvio Bozzi)



ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO
REGIONALE DEL LAZIO

Ricorso

per l' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", con sede in Roma, Via Acqua Bullicante n. 4 - C.F. 01588540581, in persona del Procuratore Generale, Rev. da Teresa Greco, in religione Suor Benedetta, giusta procura ad negotia, rilasciata dalla Superiora Generale e legale rappresentante dell'Istituto, Reverenda Madre Laura Biondo, in religione Suor Laura, del 30.12.2008 Repertorio n. 24763 - Atto n. 8464 ad opera del Notaio Dott. Giorgio Perrotta, Notaio in Roma - rappresentata e difesa, dall'Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; fax 06/8551844; e-mail: silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org), come da mandato a margine del presente atto, ed elettivamente domiciliato presso lo Studio Legale Recchia e Associati, sito in Roma, Corso Trieste, 88;

contro

- il **Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio**, domiciliato ex legge presso l'Avvocatura generale dello Stato, in via Dei Portoghesi n. 12;
- la **Presidenza del Consiglio dei Ministri**, in persona del rappresentante legale pro-tempore, domiciliato ex legge presso l'Avvocatura generale dello Stato, in via Dei Portoghesi n. 12;
- il **Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio**, presso la sede della Regione in Roma, Via Cristoforo Colombo, 212;
- la **Regione Lazio**, in persona del presidente pro-tempore, presso la sede della Regione in Roma, Via Cristoforo Colombo, 212;

nei confronti

della **Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata**, in persona del rappresentante legale pro-tempore;

nonché nei confronti

dell'**AUSL Roma C**, in persona del rappresentante legale pro-tempore;
del **Ministero della Salute**, in persona del Ministro pro-tempore;

MANDATO

Io sottoscritta Teresa Greco, in religione Suor Benedetta, in qualità di Procuratore Generale dell'Istituto Figlie di San Camillo, proprietario dell'Ospedale Madre Giuseppina Vannini con sede in Roma, Via Acqua Bullicante 4, delego l'Avv. Silvio Bozzi a rappresentare e difendere detto Istituto nel presente giudizio, conferendogli ogni più ampia facoltà di legge, giusta procura Rep. 24763 Atto n. 8464 del 30.12.2008 per opera del notaio dott. Giorgio Perrotta di Roma, rilasciatami dalla Superiora Generale e legale rappresentante dell'Istituto, Reverenda Madre Laura Biondo. Eleggo domicilio presso lo Studio Legale Recchia e Associati in Roma, Corso Trieste 88.

* Teresa Greco

E' autentica

del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in persona del Ministro pro tempore;

del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in persona del Ministro pro tempore;

* * *

per l'annullamento, del decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio n. 349 del 2012 del 22.11.2012 - conosciuto per tramite della nota della Regione prot. n. 216917 del 22.11.2012 - avente ad oggetto "*Legge del 7 agosto 2012 n. 135 – Conversione in legge, con modificazioni del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini – applicazione art. 15, comma 14 – Assistenza ospedaliera anno 2012*"; del decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio n. 428 del 2012 del 24.12.2012 – conosciuto per tramite della nota della Regione prot. n. 114 del 9.01.2013 - avente ad oggetto "*Definizione budget provvisori I trimestre 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere a carico del SSR, Ospedali Classificati, IRRCs privati e Policlinici Universitari non statali*"; nonché ove occorra del Decreto n. 88 del 2012 e del decreto n. 115 del 2012; nonché dell'eventuale provvedimento di validazione dei suddetti decreti ad opera del Ministero del Lavoro e del Ministero dell'Economia e delle Finanze; nonché di ogni altro atto presupposto, conseguente e connesso.

FATTO

a) L'ospedale ricorrente è un ospedale classificato, accreditato obbligatoriamente con il servizio sanitario nazionale.

Esso insiste nel territorio di competenza dell'AUSL Roma C.

Esso non solo svolge attività ospedaliera in senso stretto ma è anche titolare di specifici programmi assistenziali definiti "*funzioni*", tra cui assume particolare rilievo la rete dell'emergenza.

Gli ospedali classificati sono disciplinati dall'art. 4 comma 12 del dlgs.vo n. 502/92, che fa riferimento agli ospedali classificati ai sensi della l. n. 132/68, così come individuati per il tramite del riferimento all'art. 41 l. n. 833/78; a sua volta l'art. 1 comma 18 del dlgs.vo n. 502/92, come da ultimo modificato, fa riferimento alle "*...istituzione pubbliche e quelle equiparate di cui all'art. 4, comma 12..*", ovvero agli ospedali classificati; gli ospedali classificati sono, quindi, delle strutture equiparate a quelle pubbliche.

b. Come è noto, gli ospedali classificati – come tutti gli i soggetti privati accreditati – in relazione all'erogazione dell'attività ospedaliera sono remunerati con due sistemi diversi.

Più precisamente, è necessario distinguere due diverse tipologie di attività.

b.1 In linea generale l'attività di assistenza ospedaliera è finanziata con la corresponsione di una tariffa predefinita – nell'ambito di un budget definito con accordi che individuano il volume massimo delle prestazioni a cui applicare la tariffa predefinita – per ogni evento riconducibile a ricoveri per acuti in regime ordinario o di day hospital (si vedano l'art. 8 sexies commi 1 e comma 4 e l'art. 8 quinquies comma 2).

Questa sistema di remunerazione è stato oggetto, per il 2012, del decreto n. 88/2012.

b.2 Esistono, poi, delle specifiche *funzioni* che non vengono finanziate in relazione al volume delle prestazioni rese a cui si applica la relativa tariffa, ma vengono specificamente finanziate in relazione ai costi di specifici programmi /attività assistenziali (si veda l'art. 8 sexies commi 1 e 4 e l'art. 8 quinquies comma 2).

Questa sistema di remunerazione è stato oggetto, per il 2012, del decreto n. 115/2012. Più specificamente il predetto decreto ha finanziato i seguenti specifici programmi assistenziali.

- *Finanziamento dei maggiori costi per attività rilevanti d'attesa relativi alle reti d'emergenza (tabella 1).*

- *Finanziamento dei maggiori costi per le attività di terapia intensiva (tabella 2).*

- *Finanziamento dei maggiori costi per i programmi di trattamento delle malattie rare (tabella 3).*

- *Finanziamento dei maggiori costi di servizi a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al decreto Commissariale n. 86 del 07/06/2012 (tabella 5).*

- *Finanziamento dei maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dell'attivazione di percorsi di formazione universitaria delle professioni sanitarie (tabella 9).*

Trattasi, si ripete, di finanziamenti che non sono assegnati in relazione alla remunerazione prevista per le singole prestazioni, ma in relazione ai costi organizzativi che richiede l'esercizio di alcuni programmi assistenziali.

Si badi bene che il finanziamento dei predetti programmi assistenziali riguarda indistintamente sia i soggetti privati che i soggetti pubblici, entrambi individuati nelle tabelle relative ad ogni singolo finanziamento.

E' bene segnalare anche che le somme destinate al finanziamento delle funzioni hanno una contabilizzazione autonoma rispetto ai finanziamenti destinati all'acquisto specifico delle prestazioni di cui al budget.

In questo senso, si fa riferimento alla ripartizione delle risorse relative al 2011 (si prende come riferimento il 2011, tenuto conto che la legge 135/12, art. 15 e c. 14, di cui più innanzi, fa riferimento proprio alla spesa consuntivata 2011).

Si consideri, quindi, la tabella che illustra la ripartizione del fondo sanitario regionale del 2011; trattasi di tabella che si ritrova all'interno della motivazione del decreto n. 113 del 2011, relativo alla "*Ripartizione del F.S.R. 2011 – Finanziamento delle aziende Sanitarie locali, art. 2 comma 2 – sexies lett. D), del dlgs.vo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Determinazioni di finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, art. 8 sexies, comma 2 del D.l.gs. 50271992*".

Questa tabella è approvata dal n. 1 del dispositivo (si vedano le pagg. 1, 9 e 10 del decreto).

Orbene, la predetta tabella prevede espressamente quanto segue.

Le cosiddette funzioni sono oggetto di una classificazione contabile autonoma e separata: trattasi della voce quota a destinazione finalizzata, che ammonta a 586.797.275 euro.

Invece, l'attività di assistenza ospedaliera, oggetto dei budget, è contabilizzata in maniera autonoma, per un ammontare di 3.918.925.833 relativo sia ai soggetti privati accreditati che ai soggetti pubblici; trattasi di voce articolata in due sotto voci.

Precisato che i predetti decreti n. 88/2012, e n. 115 del 2012 sono illegittimi per ragioni ad essi proprie, con questo ricorso si intende, però, contestare il decreto in epigrafe perchè esso ha deciso che:

“1. che i budget 2012 delle prestazioni ospedaliere di cui ai DPCA u0088/2012 e s.m.i. ... sono, ai sensi delle sopracitate L. 135/12, art. 15 e c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 6,8519%” (si veda il comma 2 del dispositivo e il comma 4 che ha approvato l'allegato dei nuovi budget ridotti della percentuale del 6,8519).

“2. che il funzionamento delle funzioni assistenziali ospedaliere e delle funzioni di didattica e ricerca connesse alle attività assistenziali di cui al DPCA U 115/2012 sono, ai sensi delle sopracitate L. 135/12, art. 15 e c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 6,8519%” (si veda il comma 3 del dispositivo e il comma 5 che ha approvato l'allegato dei nuovi finanziamenti ridotti della percentuale del 6,8519).

Non c'è dubbio che il decreto impugnato ha dovuto procedere ad un taglio degli acquisti delle prestazioni sanitarie dai privati sulla base di una norma di legge.

E' importante, quindi, conoscere subito il contenuto di questa norma.

Orbene, non c'è dubbio che questa norma ha specificamente previsto che *per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5...”.*

- Se è vero che la legge impone obbligatoriamente una riduzione della spesa per il 2012 *per l'acquisto di prestazioni sanitarie dell'assistenza ospedaliera, non prevede altrettanto per le spese relative alle funzioni.*

Con questo ricorso si intende innanzitutto censurare il decreto perché esso ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519 %, che si estende anche ai finanziamenti *delle funzioni*, non previsti dalla legge, e va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 % *con riferimento alla sola assistenza ospedaliera.*

In sintesi, questo ricorso intende contestare che il decreto ha tagliato anche i

finanziamento relativo alle "funzioni", che, come si vedrà, non è oggetto di nessuna previsione legislativa.

Inoltre, si intende contestare l'abnormità di un taglio dei finanziamenti all'assistenza ospedaliera che va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 prevedendo una riduzione superiore di 13 volte a quella prevista dalla legge.

Trattasi di censura particolarmente rilevante perché è evidente che un taglio del 6,8519 % è, senza ombra di dubbio, penalizzante – tanto da mettere in crisi l'esistenza stessa dell'Ospedale ricorrente – ed è gravemente illegittimo perché non rispetta i limiti specificamente previsti dalla legge con riferimento alle attività da ridurre e alla misura della riduzione in relazione alle sole attività oggetto di riduzione.

Si comprendono bene le ragioni che impongono il contenimento della spesa sanitaria.

Si rammenta, però, che il nostro ordinamento è ancora vincolato al rispetto della legge a cui deve adeguarsi ogni azione della P.A.

- Con un secondo motivo di ricorso si intende contestare anche altri aspetti dell'illegittimità del decreto di cui si discute.

A riguardo si consideri che la norma di legge si limita a prevedere "una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa...tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5....".

Sicuramente la norma prevede una riduzione complessiva della spesa dell'0,50% relativamente *all'assistenza ospedaliera*.

Orbene, all'interno di questa riduzione complessiva dell'0,50, la norma non esclude che, al fine di raggiungere questa riduzione complessiva dell'0,50, possono essere stabilite delle riduzioni fisse differenziate in relazione alle varie tipologie di soggetti erogatori; riduzione differenziate che comunque consentano di raggiungere la riduzione complessiva dell'0,50%.

Con questo ricorso si intende anche contestare le modalità con cui l'Amministrazione ha esercitato questo potere discrezionale relativo alla possibilità

di prevedere delle riduzioni differenziate per la assistenza ospedaliera erogata dalle varie tipologie di soggetti erogatori, fermo restando l'obiettivo di una riduzione dell'0,50 % complessivo.

- Con ulteriore motivo si intende segnalare che l'Amministrazione non ha rispettato le specifiche norme di legge previste per procedere alla determinazione dei tetti, che si applicano anche all'introduzione dei tetti di cui all'art. 15 comma 14 della legge 135 del 2012.

- Infine, si intende segnalare che l'Amministrazione nell'applicazione dei tetti di cui si discute ha completamente ignorato la natura di ospedale classificato dell'ospedale ricorrente.

- Infine, si intende dimostrare che il decreto con cui sono stati fissati i budget provvisori del I trimestre 2013 è illegittimo in quanto deriva la sua illegittimità dalle illegittime modalità con cui sono stati stabiliti i budget 2012.

Il provvedimento impugnato è illegittimo per le seguenti argomentazioni in

DIRITTO

VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E DISPARITA' DI TRATTAMENTO. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI RETROATTIVITA' DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI.

Con questo motivo si intende contestare il provvedimento impugnato perché esso ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519 % che va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 % con riferimento alla sola assistenza ospedaliera e si estende anche ai finanziamenti delle *funzioni*, quantunque non previsti dalla legge come assoggettabili a taglio.

Invero, l'Amministrazione ha inizialmente ritenuto di doversi limitare ad applicare una riduzione uniforme dell'0,50 sia all'“*assistenza specialistica ambulatoriale*” che all' “*assistenza ospedaliera*”, come risulta dalla nota prot. 163135 del 4.9.2012 del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio.

A riguardo ci si consenta di osservare che successivamente l'Amministrazione

non solo ha esteso la riduzione alle “funzioni” ma ha, anche, proceduto ad applicare in modo differenziato la medesima norma in relazione all’ “assistenza ospedaliera” e relazione all’ “assistenza ambulatoriale”.

Orbene, in relazione all’assistenza ambulatoriale, il decreto n. 348 del 2012 ha deciso di applicare una riduzione del 0,4243% in relazione ai budget 2012 di cui al DPCA n. 89 del 2012.

Trattasi di riduzione perfettamente coerente con l’art. 15 comma 14 della l. n. 135 del 2012; art. 15 che, si badi bene, prevede una unica disciplina per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera...”, con una medesima riduzione dell’importo e dei corrispondenti volumi d’acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l’anno 2011, dello 0,5....”.

Nonostante l’identità di disciplina, l’Amministrazione ha del tutto illegittimamente applicato nei confronti dell’assistenza ospedaliera una percentuale abnorme – del 6,8519 - molto superiore a quella coerente, con la legge, prevista dall’assistenza ambulatoriale.

Senza contare poi che l’estensione della riduzione alle funzioni è esclusa dalla legge

La lettera e la ratio dell’art. 15 comma 14.

Più sopra abbiamo illustrato lo stralcio più importante della norma a cui si riferisce.

Ora si riporta l’intero contenuto, per agevolare alcune considerazioni volte a chiarire meglio la ratio dell’intera norma.

Il comma 14 dell’art. 15 citato che prevede quanto segue: *14. A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell’esercizio 2012, ai sensi dell’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l’acquisto di*

prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), terzo periodo del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111”.

Il predetto art. 17 comma 1 lettera a), per quel che qui interessa, prevede proprio che “*le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati.*”.

E' evidente che il predetto art. 15 comma 14 – coordinato con l'art. 17 comma 1 lettera a) in esso richiamato – intende stabilire dei chiari limiti solo alla spesa per “*l'assistenza ospedaliera*”, ovvero per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati... per l'assistenza ospedaliera...”, in relazione ai relativi “*...volumi d'acquisto...*”.

Orbene, la lettera della norma fa riferimento *all'assistenza ospedaliera*, che si ricorderà è contabilizzata in maniera autonoma e si riferisce solo *al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere*.

Insomma, la norma è molto chiara nel lasciare intendere che intende imporre il risparmio solo in relazione all'acquisto del volume di prestazioni oggetto dei budget assegnati ai soggetti accreditati, ovvero delle spese contabilizzate nel 2011 nell'ambito delle voci relative all'assistenza ospedaliera.

Negli stessi termini, è evidente che il riferimento al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere è molto chiaro nel lasciare intendere che la norma non intende imporre alcun risparmio alle spese relative alle "funzioni"; si ricorderà, infatti, che le funzioni – in quanto riferite ai costi organizzativi di specifici programmi/attività assistenziali – non vengono remunerate in relazione ad un volume di prestazioni contabilizzate nel 2011 in relazione alla voce "assistenza ospedaliera", ma vengono remunerate con finanziamenti specifici contabilizzati nel 2011 nell'ambito della voce quota a destinazione finalizzata.

La norma, si ripete, intende riferirsi solo a dei risparmi da imporre al volume d'acquisto di prestazioni dell'assistenza ospedaliera.

In questo senso, la norma intende assicurarsi solo che la spesa complessiva annua del 2012 relativa alla spesa per "il volume di prestazione di assistenza ospedaliera acquista dai privati" sia contenuta nella spesa consuntivata del 2011, in relazione alle medesime spese per il volume delle prestazioni di assistenza ospedaliera, ridotte dell'0,50.

Sull'illegittima decurtazione della spesa 2012 riservata al costo delle funzioni. In subordine: incostituzionalità dell'art. 15 comma 14 della l. 135 del 2012 per violazione dell'art. 41, 3 e 32 della Cost.

La illegittimità del decreto impugnato rileva sotto un primo profilo chiaro e ineludibile.

Il commi 3 e 5 del decreto hanno operato una riduzione dei finanziamenti destinati alla funzione del 6,8519, nonostante che, come detto più volte, la norma di legge prevede solo una riduzione delle sole spese 2012 relative al volume di prestazioni dell'assistenza ospedaliera nei limiti dell'0,50 della medesima spesa dei budget 2011 riservati, appunto, al volume delle prestazioni dell'assistenza ospedaliera 2011.

Questa riduzione delle spese relative alle funzioni ha delle conseguenze particolarmente rilevanti.

Infatti, a tutto volere concedere, in relazione al volume delle prestazioni l'erogazione di un minor numero di prestazioni determina comunque un minor numero di costi.

Al contrario, il taglio relativo alle funzioni è effettuato nonostante che l'ospedale deve comunque sopportare dei costi per i programmi specifici delle "funzioni" che rimangono comunque immutati a prescindere dalla riduzione del numero delle prestazioni erogate.

In termini pratici, l'ospedale ricorrente dovrà continuare a sostenere tutti i costi relativi alla rete dell'emergenza – che rappresenta la più importante "funzione", di cui alla tabella 1 del decreto n. 115 – a prescindere dalla riduzione del numero delle prestazioni.

Insomma, il decreto - quantunque non prevista in alcun modo dalla legge – ha arbitrariamente previsto per il 2012 una riduzione dei finanziamenti della rete dell'emergenza di una percentuale altissima del 6,8519, nonostante i costi per la struttura siano rimasti gli stessi.

E' evidente che la predetta riduzione abnorme – a parità di costi – va contro quanto affermato dalla Corte Costituzionale secondo cui il sistema di remunerazione dei soggetti accreditati con il SSN, per essere conforme al principio di buona amministrazione ex art. 97, deve essere "*...attuato secondo principi di economicità e di mercato e con una responsabile collaborazione e programmazione organizzativa....(così da non creare)...ostacoli alla erogazione da parte della Regione di un servizio sanitario efficiente...*" (si veda la sentenza della C.C. n. 416 del 1995).

La Corte Costituzionale ha anche ripetutamente affermato che il sistema di remunerazione di cui si discute è esente da censure di incostituzionalità rispetto all'art. 41 ogniqualvolta non risulta "*...comprovata la compromissione di ogni margine di utile, quindi la lesione della libertà di iniziativa economica...*" (si veda la sentenza n. 94/2009).

Negli stessi termini, la sentenza della Corte Costituzionale ha affermato che il sistema di cui si discute è esente da censure relative al mancato rispetto dell'art. 41 solo quando assicura un "*...ridotto, ma ragionevole margine di utile...*" (si veda la sentenza n. 279/2006).

Nel caso di specie, la riduzione abnorme del 6,8519, nonostante i costi per la struttura siano rimasti gli stessi, è contraria ai predetti principi affermati dalla Corte Costituzionale.

Peraltro, sotto diverso profili, lede gravemente l'efficienza del sistema sanitario in relazione all'anello più delicato, ovvero alla rete dell'emergenza, con conseguente lesione del diritto costituzionale alla tutela della salute.

Il decreto impugnato viola gli art. 41 e 32 della Cost.

Qualora si ritenesse che il predetto decreto è giustificato dall'art. 15 comma 14 della l. n. 135 del 2012, si solleva la questione di costituzionalità del predetto articolo per violazione dei citati artt. 32 e 41 della Costituzione.

b. Sempre in relazione al taglio dei finanziamenti per le funzioni si consideri un ulteriore e importante aspetto.

Si osservi che i finanziamenti delle funzioni 2012, di cui al decreto n. 115 del 2012, riguardano innanzitutto gli ospedali pubblici.

Ad esempio, in relazione alla rete dell'emergenza di cui alla tabella 1 del decreto n. 115 del 2012, i principali beneficiari sono gli ospedali pubblici.

Infatti, l'allegato al decreto impugnato relativo alle *funzioni* reca una prima tabella relativa ai tagli operati in relazione alla rete dell'emergenza.

Ebbene, in questa tabella compare sicuramente l'ospedale ricorrente, ma non compare nessun ospedale pubblico.

Insomma, l'ospedale ricorrente subisce una riduzione abnorme del 6,8519, mentre gli ospedali pubblici non subiscono nessuna riduzione.

Doppio è il danno per l'ospedale ricorrente.

Innanzitutto, deve subire un taglio non previsto dalla legge per il finanziamenti delle funzioni.

Inoltre, la riduzione di questo taglio è vieppiù maggiore perché la riduzione necessaria per arrivare alla percentuale 6,8519, arbitrariamente stabilita dal decreto, è caricata solo sull'ospedale ricorrente e pochi altri ospedali e non anche sugli ospedali pubblici.

E' evidente che se la riduzione fosse stata spalmata anche sugli ospedali pubblici, che hanno un peso molto più rilevante dell'ospedale ricorrente, la riduzione sarebbe stata minore.

E' evidente che questa discriminazione determina una disparità di trattamento e una violazione dell'art. 3 della Cost. che si verifica ogni qualvolta una norma legislativa si pone in contrasto con i parametri della ragionevolezza e della uguaglianza di cui all'art. 3 cost.,....(e ndr)...comporta una disparità di trattamento di situazioni omogenee in relazione ad un profilo....identico. Corte

cost., 15-04-1992, n. 176 □ *Brigato Susi c. Conservatore registri immob. Milano*
2.

Nel caso di specie, il decreto impugnato impone delle remunerazioni differenziate agli ospedali pubblici e all'ospedale ricorrente nonostante l'identità dei costi relativi alle "funzioni" e in primo luogo alla rete dell'emergenza.

Il decreto impugnato viola l'art. 3 della Cost.

Qualora si ritenesse che il predetto decreto è giustificato dall'art. 15 comma 14 della l. n. 135 del 2012, si solleva la questione di costituzionalità del predetto articolo per violazione del citato art. 3 della Costituzione.

La motivazione del decreto impugnato in relazione all'individuazione delle partite contabili e alle modalità con a cui è stato applicato l'art. 15 comma 14.

Si procede ora ad individuare le ragioni per cui il decreto impugnato ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519 che si estende anche ai finanziamenti delle funzioni, non previsti dalla legge, e va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 con riferimento alla sola assistenza ospedaliera.

A riguardo, è bene illustrare il contenuto del decreto impugnato, con specifico riferimento all'individuazione delle partite contabili e alle modalità con cui è stato applicato l'art 15 comma 14.

Si ricorderà che la norma prevede solo che la spesa complessiva del 2012 relativa ai volumi delle prestazioni dell'assistenza ospedaliera deve essere pari alla spesa consuntiva del 2011 relativa ai volumi di prestazione di cui ai budget dell'assistenza ospedaliera ridotta dell'0,50.

a. Orbene, il comma 21 della motivazione fa riferimento al consuntivo **dell'attività ospedaliera 2011**. Più precisamente il comma 21 della motivazione fa riferimento a due sottovoci **dell'assistenza ospedaliera del CE consuntivato 2011; trattasi delle due sottovoci dell'assistenza ospedaliera relativa ai budget di cui alla ripartizione del 2011 già illustrata.**

Procedendo oltre, con i commi 22, 23, 24 e 25, il decreto intende integrare le voci **consuntivate relative ai budget dell'assistenza ospedaliera 2011** con ulteriori voci – relative valorizzazione dai controlli ecc... - che non erano presenti nei budget 2011 **considerati nel consuntivato 2011 relativo all'assistenza ospedaliera**; il tutto al fine di far sì che i budget del 2012 siano comprensivi anche

delle valorizzazioni derivante dai controlli ecc.. (si veda il comma 23 della motivazione).

Fin qui, correttamente il comma 25 e il comma 26 individuano una somma di euro 1.325.102,000 che deve essere decurtata per legge dello 0,5, ovvero per una somma pari a 6.625.510, **per arrivare alla minor somma di euro 1.318.476,490.**

Questo è il valore complessivo del volume di prestazioni acquisibili dai privati nell'ambito dei budget dell'attività ospedaliera che deve essere assegnato per il 2012 in virtù della decurtazione a norma dell'art. 15 comma 4..

Fin qui il ragionamento è coerente con la legge.

I privati accreditati devono per legge subire un taglio che ammonta a 6.625.210 per far sì che le spese per il volume delle prestazioni acquistate presso di loro per il 2012 nell'ambito dei budget dell'assistenza ospedaliera siano ricondotte alla spesa consuntivata del 2011, relativa sempre al volume delle prestazioni acquistate presso di loro nell'ambito dei budget dell'assistenza ospedaliera, ridotta dello 0,50.

Insomma, per remunerare – secondo il dettato della legge - il volume di prestazioni da acquistare nel 2012 dai soggetti accreditati nell'ambito dei budget dell'assistenza ospedaliera, il sistema può mettere a disposizione solo la somma consuntivata del 2011, decurtata dell'0,50: ovvero la somma di euro 1.318.476,490.

b. Come è noto, però, il decreto non si limita ad applicare una riduzione dell'0,50 alle spese per acquistare il volume delle prestazione erogate dai privati nell'ambito dei budget dell'assistenza ospedaliera .

Il decreto applica una riduzione molto più ampia del 6,8519 e la estende anche alle funzioni

E' bene illustrare come il decreto arriva alla predetta percentuale estesa anche alle funzioni.

Più precisamente, il decreto stabilisce che la sopracitata somma di euro 1.318.476,490 deve essere impiegata non solo per remunerare il volume di prestazioni da acquistare dai privati per il 2012 nell'ambito dei budget dell'attività ospedaliera, ma anche la maggior somma, individuata sempre dal decreto, di euro 1.415.462.449 che comprende non solo la somma relativa ai budget ma anche i costi delle “funzioni e degli accantonamenti relative alle attività ospedaliera

oggetto di conversione, riorganizzazione, riattribuzione....” (si veda il comma 27 della motivazione).

Tant'è che la percentuale del 6,8519 è il frutto dell'operazione matematica, di cui al comma 28, finalizzata a far sì che la somma di euro 1.318.476.490 –ovvero la somma consuntivata 2011 relativa ai budget dell'assistenza ospedaliera del 2011, ridotta dell'0,50 – possa coprire la spesa 2012 relativa non solo all'assistenza ospedaliera dei budget 2012, ma anche i costi 2012 delle “funzioni e degli accantonamenti relative alle attività ospedaliera oggetto di conversione, riorganizzazione, riattribuzione....”.

Insomma il Commissario intende pagare con la spesa consuntivata del 2011, relativa ai soli budget dell'assistenza ospedaliera, ridotta dell'0,50, tutta la spesa complessiva del 2012, incluse anche le funzioni e le somme per la riconversione.

In questo modo, però, il Commissario **intende pagare con i soldi dei volumi delle prestazioni acquistate nel 2011 dai privati nell'ambito dei budget dell'assistenza ospedaliera – ridotti dell'0,50 – tutte le spese del 2012, quantunque riferite anche alle funzioni e alle riconversioni.**

E' per questo che il decreto non si limita ad applicare una riduzione dell'0,50 alla spesa ospedaliera dei budget 2011 consuntivata 2011, come previsto dalle legge, ma un ben più ampia riduzione del 6,8519.

La riduzione dell'0,50 era sicuramente sufficiente a remunerare solo la spesa ospedaliera dei budget 2012, come espressamente riconosciuto dal comma 25 della motivazione.

Infatti se la spesa dei budget dell'assistenza ospedaliera del 2011 serve a pagare solo la spesa dell'assistenza ospedaliera dei budget 2012, la riduzione dell'0,50 è applicabile con semplicità intuitiva.

Alla spesa prevista per la categoria dell'assistenza ospedaliera dei budget nel 2011 si applica un riduzione chiara e semplice dell'0,50 per poter remunerare la medesima categoria di spesa nel 2012.

Nel caso di specie, però, la spesa 2011 per il budget 2012 dell'assistenza ospedaliera è di certo molto meno capiente se deve servire per remunerare la spesa complessiva annua 2012 ammontante ad una maggior somma di euro 1.415.462.449 e riferita non solo ai volumi di prestazioni dei budget dell'assistenza ospedaliera 2012, ma anche ai costi 2012 delle “*funzioni e degli*

accantonamenti relative alle attività ospedaliera oggetto di conversione, riorganizzazione, riattribuzione....” .

Per poter coprire la ben più capiente somma di euro 1.415.462.449 - che va oltre i confini della spesa dell'assistenza ospedaliera per budget del 2012 - i soggetti privati accreditati non possono più disporre per gli acquisti delle prestazioni dei loro budget dell'assistenza ospedaliera del 2012 della somma integrale di euro 1.318.476,490, ovvero della somma consuntivata nel 2011 al medesimo fine, ridotta dell'0,50.

Per poter coprire, con la predetta somma di euro 1.318.476,490, anche il pagamento di costi ulteriori - ovvero estranei agli acquisti delle prestazioni dei loro budget dell'assistenza ospedaliera del 2012 - i privati devono “*contenere*” la spesa riservata ai loro acquisti 2012 delle prestazioni dei budget 2102 dell'assistenza ospedaliera per “*far posto*” - ovvero, ci consenta un'altra espressione gergale, *lasciare spazio* - anche a costi diversi e ulteriori.

Di qui la riduzione abnorme - oltre la misura dell'0,50 prevista dalla legge - del 6,8519.

c. Le medesime argomentazioni consentono di spiegare perché si è arrivati ad estendere anche alle funzioni - per le quali la legge, come detto, non prevedeva nessun taglio della spesa - la riduzione del 6,8519.

In effetti, anche la misura della predetta riduzione è stata determinata dall'erroneo assunto dell'Amministrazione secondo cui la spesa consuntivata 2011 relativa ai budget dell'assistenza ospedaliera deve remunerare la spesa complessiva annua 2012 ammontante ad una maggior somma di euro 1.415.462.449 e riferita non solo all'assistenza ospedaliera 2012, ma anche ai costi 2012 delle “*funzioni e degli accantonamenti relative alle attività ospedaliera oggetto di conversione, riorganizzazione, riattribuzione....”* .

Questo erroneo presupposto non solo ha determinato la conseguenza di una riduzione della spesa ospedaliera dei budget 2012 in misura superiore a quanto previsto dalla legge - determinata dalla necessità di “*far posto*” all'interno della medesima somma relativa ai volumi delle prestazioni di cui ai budget dell'assistenza ospedaliera anche costi ad essa estranei - ma ha anche prodotto un ulteriore e più grave conseguenza, ovvero un taglio abnorme anche nei confronti delle “*funzioni*”.

In maniera del tutto asimmetrica a quanto accaduto per i finanziamenti dell'assistenza ospedaliera 2012, i finanziamenti 2012 per le "funzioni" non possono disporre autonomamente delle risorse ad essi destinati per il 2011, ma hanno dovuto accontentarsi di trovare "ospitalità" nei fondi 2011 riservati all'assistenza ospedaliera, condividendo con essi la medesima riduzione del 6,8519, anche a carico delle funzioni.

Insomma fondo unico, unica sorte in materia di tagli.

Solo che la riduzione previste per le funzioni non è assolutamente contemplata dalla legge nemmeno nella misura minima dell'0,50.

Sull'illegittima decurtazione della spesa 2012 riservata ai budget dell'assistenza ospedaliera 2012 – oltre i limiti dell'0,50 di riduzione previsti dalla legge in relazione al consuntivato 2011 della spesa 2011 riservata ai budget dell'assistenza ospedaliera – determinata dalla necessità di coprire con la predetta spesa consuntivata 2011 anche i costi 2012 delle funzioni e della riorganizzazione della rete ospedaliera. Sull'illegittima decurtazione della misura della riduzione delle spese a carico delle funzioni.

Dal quadro sopradescritto emerge, come detto, che il Commissario intende pagare con la spesa consuntivata del 2011, relativa ai soli budget dell'assistenza ospedaliera, ridotta dell'0,50, tutta la spesa complessiva del 2012, inclusa anche le funzioni e le somme per la riconversione.

In questo modo, però, il Commissario intende pagare con i soldi dei volumi delle prestazioni acquistate nel 2011 dai privati – ridotti dell'0,50 – tutte le spese del 2012, quantunque riferite anche alle funzioni e alle riconversioni.

a. Orbene, sotto un primo profilo, la legge sicuramente impone ai privati accreditati il sacrificio di dover subire un riduzione dello 0,50 delle prestazioni ospedaliere erogate nel 2011.

La legge certamente non impone, però, ai privati farsi carico nel 2012 di un sacrificio ulteriore finalizzato a far sì che i soldi loro destinati per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere devono essere ulteriormente diminuiti, del 6,8519 e non dello 0,50 imposto dalla legge, per coprire costi che con il volume delle prestazioni acquistate dai privati non c'entrano nulla.

Le funzioni e le riconversioni della rete ospedaliera attengono a costi che non c'entrano nulla con il volume delle prestazioni erogate dai privati.

I costi delle "funzioni" sono, come detto più volte, autonomi tanto da essere contabilizzati autonomamente; essi sono legati a costi di programmi/attività assistenziali specifici indipendenti dal numero delle prestazioni erogate di soggetti erogati.

Negli stessi termini, anche i costi della riorganizzazione della rete ospedaliera prescindono completamente dall'erogazione delle prestazioni erogate dai soggetti privati accreditati.

La legge ha individuato chiaramente un limite numerico dello 0,50, entro il quale ritiene debba essere contenuto il volume e il costo delle prestazioni erogate dai privati.

Questo significa che la legge ritiene che le prestazioni ulteriori a questa percentuale sono comunque indispensabili per il sistema e non possono essere diminuite, pena l'abbassamento dei livelli minimi di assistenza.

Non è possibile ridurre il numero delle prestazioni oltre una misura massima stabilita dalla legge oltre la quale la riduzione delle prestazioni è incompatibile con le esigenze del sistema.

Il tutto per sostenere - a danno del minor numero delle prestazioni - dei costi - relativi alle funzioni e alla riorganizzazione della rete - completamente autonomi dall'erogazione delle prestazioni.

b. Come già detto più volte, il Commissario ha deciso di pagare con la spesa consuntivata del 2011, relativa ai soli budget dell'assistenza ospedaliera, ridotta dell'0,50, tutta la spesa complessiva del 2012, inclusa anche le funzioni.

Come già detto, in maniera del tutto asimmetrica a quanto accaduto per i finanziamenti dell'assistenza ospedaliera 2012, i finanziamenti 2012 per le "funzioni" non possono disporre autonomamente delle risorse ad essi destinati per il 2011, ma hanno dovuto accontentarsi di trovare "ospitalità" nei fondi 2011 riservata all'assistenza ospedaliera, condividendo con essi la medesima riduzione del 6,8519, anche a carico delle funzioni.

Insomma fondo unico, unica sorte in materia di tagli.

Solo che la riduzione previste per le funzioni non è assolutamente contemplata dalla legge nemmeno nella misura minima dell'0,50.

Sulla illegittima retroattività della riduzione. Incostituzionalità per violazione dell'art. 97 della Costituzione.

Il decreto impugnato è stato emanato a novembre, ma si riferisce all'intero budget 2012, riferendosi a tutte le prestazioni del 2012.

Esso incide su accordi definitivi già sottoscritti e rispetto ai quali il soggetto erogatore riponeva affidamento.

Questo significa che – quantunque il soggetto erogatore non fosse a conoscenza del sistema remunerativo introdotto successivamente - le erogazioni prodotte precedentemente all'emanazione del decreto saranno, comunque, conteggiate e concorreranno al raggiungimento del budget 2012.

a. La sentenza del C.d.S Ad. Plen.N. 4 del 2012 ha esaurientemente affrontato il tema della retroattività di decisioni in materia di remunerazione delle strutture sanitarie private.

In essa si legge che *“merita allora condivisione l'affermazione centrale che sorregge la decisione n. 8/2006 di questa Adunanza Plenaria, secondo cui le strutture private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale nell'esercizio di una libera scelta, potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all'anno in corso”*.

L'efficacia retroattiva dei provvedimenti regionali, quindi, deve essere ispirata ai generali principi della certezza dei rapporti giuridici e della tutela dell'affidamento in modo che eventuali riduzioni di spese retroagenti *“siano contenute, salvo congrua istruttoria e adeguata esplicitazione all'esito di una valutazione comparativa, nei limiti imposti dai tagli stabiliti dalle disposizioni finanziarie conoscibili dalle strutture private all'inizio e nel corso dell'anno”*.

Nel caso di specie, l'ospedale erogatore ha fatto affidamento sulla remunerazione del budget 2011 - ovvero dell'anno precedente, confermato per l'anno 2012 -per potere sostenere i costi di tutte le prestazioni già erogate nel 2012.

Certamente non poteva immaginare che la remunerazione dell'intero 2012 fosse esposta al rischio di un taglio di circa il 7%.

La norma finanziaria entrata in vigore in corso d'anno lo rende consapevole di una riduzione dell'0,50 solo in relazione al volume di prestazioni dell'assistenza ospedaliera che saranno rese successivamente all'entrata in vigore della norma stessa.

In questo senso, l'Ad. Plenaria ha ritenuto di porre un limite all'affidamento dei soggetti erogatori con riferimento a delle prestazioni che sono oggetto di tagli decisi da una norma finanziaria che opera solo per le prestazioni future.

Se così non fosse, ovvero se la norma finanziaria avesse anche efficacia retroattiva, la tutela dell'aspettativa dei soggetti erogatori, oggetto di specifica tutela da parte dell'Ad. Plen., verrebbe comunque mortificata e violata.

Nel caso di specie è accaduto proprio che l'applicazione dell'art. 15 comma 14 ha operato anche per il passato violando l'aspettativa dei soggetti erogatori, ormai consolidatasi sulla base di un accordo definitivo già sottoscritto; senza contare, poi, che ogni riduzione che va oltre l'assistenza ospedaliera e oltre la misura dell'0,50 viola i confini della legge e, quindi, l'affidamento risposto dal soggetto erogatore su accordi già sottoscritti.

Il decreto impugnato viola l'art. 97 della Cost.

Qualora si ritenesse che il predetto decreto è giustificato dall'art. 15 comma 14 della l. n. 135 del 2012, si solleva la questione di costituzionalità del predetto articolo per violazione dei citati art. 97 della Costituzione.

Istanza istruttoria

Al fine di dimostrare la fondatezza delle tesi qui svolte, si chiede a codesto Giudice di acquisire ogni chiarimento e documentazione utile al fine di accertare a quali spese realmente coincidono le voci di costo B02195 e B02220 del CE Consuntivato 2011, di cui alla motivazione del decreto impugnato (si veda il comma 21 della motivazione).

Infatti, è necessario accertare se è vero che l'Amministrazione ha inteso utilizzare le somme relative al volume delle prestazioni di cui ai budget 2011 dell'assistenza ospedaliera per remunerare non il costo del volume delle prestazioni di cui ai budget 2012 dell'assistenza ospedaliera ma anche il costo del 2012 relativo alle funzioni e alla riconversione della rete ospedaliera

VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E DISPARITA' DI TRATTAMENTO. SOTTO ULTERIORE PROFILO.

Come detto più volte, **la norma di legge si limita a prevedere “una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa...tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5...”**.

Sicuramente la norma prevede una riduzione complessiva della spesa dell'0,50 relativamente *all'assistenza ospedaliera*.

Orbene, all'interno di questa riduzione complessiva dell'0,50, la norma non esclude che, al fine di raggiungere questa riduzione complessiva dell'0,50, possono essere stabilite delle riduzioni fisse differenziate in relazione alle varie tipologie di soggetti erogatori; riduzione differenziate che comunque consentano di raggiungere la riduzione complessiva dell'0,50.

Ebbene, con questo ricorso si intende anche contestare le modalità con cui l'amministrazione ha esercitato questo potere discrezionale relativo alla possibilità di prevedere delle riduzioni differenziate per la assistenza ospedaliera erogata dalle varie tipologie di soggetti erogatori, fermo restando l'obiettivo di una riduzione dell'0,50 complessivo.

Illegittimità della scelta di prevedere una medesima riduzione della spesa per il volume delle prestazioni in relazione a tutti i soggetti, prescindendo dalla dimensione dell'originario budget 2012 o e dalla titolarità di specifici funzioni emergenziali da parte dei singoli soggetti considerati.

- Sotto un primo profilo profilo, è evidente che non risponde ai più elementari canoni della logicità amministrativa prevedere una medesima riduzione del tagli alla spesa in relazione a soggetti che hanno già dei budget 2012 relativi al volume delle prestazione ospedaliera molto differenziati tra loro.

E' evidente, infatti, che soggetti come l'ospedale ricorrente che hanno dei budget molto alti hanno una riconosciuta e acclarata propensione ad attrarre utenza molto più ampia dei soggetti che hanno un budget molto più limitato.

In virtù di questa maggiore propensione, è evidente che un medesima riduzione dei tagli ha effetti negativi molto più ampi rispetto a coloro che hanno dei budget più alti rispetto a coloro che hanno dei budget ridotti.

Non vi è dubbio, infatti, che lasciare scoperto il 6,8519 di un determinato bacino d'utenza è molto più rilevante e più difficilmente sostituibile di quanto possa accadere in relazione alla medesima percentuale del 6,8519 applicata ad un bacino molto minore.

Senza contare, poi, che il decreto n. 88, come modificato dal decreto n. 94 del 2012, ha previsto per il 2012 dei budget che hanno tenuto conto solo del valore nominale del budget 2011, senza considerare in alcun modo la produzione reale erogata nel 2011 dai singoli soggetti erogatori.

Nel caso di specie l'ospedale ricorrente nel 2011 ha prodotto un volume di prestazioni molto più ampio a quello riconosciuto con il budget 2011 e, quindi, confermato con il budget 2012.

E' evidente che esso è stato vieppiù danneggiato perché non solo si è visto assegnare un budget 2012 non adeguato alla produzione storica del 2011, ma ha dovuto subire anche un ulteriore taglio abnorme del 6,8519.

I più semplici canoni della logicità amministrativa imponevano che l'Amministrazione applicasse una riduzione differenziata in relazione ai vari soggetti, tenendo conto di quale fosse la reale produzione 2011 e comparandola con i budget 2012 già assegnati.

In tal modo l'Amministrazione avrebbe rilevato quali erano i soggetti erogatori – come il ricorrente – già penalizzati da un budget 2012 inferiore alla produzione reale storica 2011.

Infatti, in relazione ai soggetti erogatori - come il ricorrente - la cui produzione storica 2011 si discosta in maniera rilevante dal budget assegnato per il 2012 una riduzione minore del budget assegnato per il 2012 avrebbe tenuto in maggior conto delle richieste di prestazioni da parte dell'utenza come ricognite nella produzione storica 2011.

Al contrario, una maggiore riduzione dei budget dei soggetti la cui produzione storica 2011 non si discosta in maniera rilevante dal budget assegnato per il 2012 ha un effetto sicuramente più contenuto e meno penalizzante rispetto alle richieste di prestazioni da parte dell'utenza come ricognite nella produzione storica 2011.

Insomma, laddove storicamente esiste un bacino d'utenza 2011 molto più ampio e non valorizzato in pieno dal budget 2012 già assegnato, risulta coerente alle più semplici regole di logica e buona amministrazione prevedere una riduzione più contenuta di un budget già rivelatosi particolarmente inadeguato al bacino d'utenza storico di riferimento.

- Sotto un secondo profilo, si consideri pure la completa irrazionalità di gravare della medesima percentuale di riduzione sia i soggetti come l'ospedale ricorrente – titolari di “*funzioni*” importanti come quelle dell'emergenza – che i soggetti che sono completamente privi di *funzioni*.

Ferma restano l'illegittimità della previsione di tagli relativi relative alle *funzioni*, abbiamo visto che questi tagli sono particolarmente penalizzanti perché determinano una riduzione dei compensi a costi invariati.

Quindi, proprio tenendo conto del peso che già grava sugli ospedali titolari delle *funzioni*, è particolarmente irrazionale gravarli di una riduzione pari a quella che grava sugli altri soggetti anche in relazione ai tagli sul volume delle prestazioni dei budget dell'assistenza ospedaliera.

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. E DEL DIRITTO ALLA SALUTE EX ART. 32 COST. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI PROCEDIMENTALI DI CUI ALLA L. N. 241/90. VIOLAZIONE DELL'ART. 32 COMMA 8 DELLA LEGGE N. 449 DEL 27.12.1997, DELL'ART. 1 COMMA 32 DELLA L. 23.12.1996, N. 662, DELL'ART. 2 COMMA 8 DELLA L. 28 DICEMBRE 1995 N. 549 E DELL'ART. 8 QUINQUIES DEL D.lgs. N. 502/92. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO D'ISTRUTTORIA. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETÀ E DIFETTO DI MOTIVAZIONE.

Con questo motivo si intende dimostrare che la Regione non ha assolutamente rispettato le modalità procedurali che la legge impone specificamente per la determinazione della remunerazione dei soggetti accreditati.

Non vi è dubbio che la determinazione relative alla remunerazione riconoscono alla Regione un potere autoritativo.

E' altrettanto vero, però, che la legge prevede degli specifici obblighi procedurali a cui l'Amministrazione deve attenersi per addivenire alla determinazione dei tetti alla spesa.

Queste norme rilevano anche nel caso di specie proprio al fine di individuare correttamente le percentuali di riduzione da applicare ai singoli soggetti erogatori, fermo restando la percentuale complessiva di riduzione dell'0,50.

La programmazione regionale di carattere generale e le modalità legislative con cui procedere alla determinazione dei tetti.

Giova illustrare l'articolato reticolo normativo che disciplina le modalità con cui addivenire alla determinazione dei tetti: esso, per comodità, può essere sintetizzato come segue.

a. Vi è una prima fase di programmazione regionale generale che procede:

a.1 all'individuazione della spesa sostenibile generale (ovvero il tetto sistema), nell'ambito del fondo sanitario (si veda l'art. 32 comma 8 della l. n. 449 del 27.12.97).

E' evidente che questa prima fase rientra nelle funzioni della Regione che ha il potere di fissare il tetto sistema generale; in questo caso, peraltro è la legge ha fissare il tetto sistema con riferimento alla riduzione dell'0,50.

La Regione, però, omette di considerare che esistono ulteriori obblighi rientranti in questa prima fase, descritti come segue.

a.2. Specificazione del piano delle prestazioni da acquistare con i soldi oggetto di tetto (si veda l'art. l'art. 32 comma 8 della l. n. 449 del 27.12.97);

a.3 indicazione alla successiva fase di contrattazione in relazione ai programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare (si vedano l'art. 8 quinquies comma 1 – che fa riferimento alle indicazioni delle Regioni sulle attività da potenziare o depotenziare – e gli artt. 1 comma 32 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 e 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549, che fanno riferimento alla necessità di criteri regionali per individuare i piani annuali preventivi che ne stabilisce quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere).

E' evidente quale sia l'importanza delle predette attività a.2 e a.3.

Fermo restando il tetto massimo di sistema, di cui all'attività oggetto di a.1, le attività oggetto di a.2 e a.3 hanno l'obiettivo di rendere più efficiente il sistema

medesima, individuando con criteri di efficienza le prestazioni che devono essere realmente erogate.

Il piano delle prestazioni e le indicazioni regionali sulle attività – quantità e tipologie di prestazioni - da potenziare e depotenziare rappresentano due elementi volti ad orientare la migliore scelta delle prestazioni future, evitando che il sistema si appiattisca su dati di produzione storica incapaci di selezionare le reali esigenze delle prestazioni necessarie per la popolazione.

b. Vi è una seconda fase con la quale la specifica determinazione dei tetti – sulla base delle indicazioni regionali circa le quantità, tipologia delle prestazioni (art. 2 comma 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549) e sulla base anche di valutazioni comparative della qualità e dei costi (art. 8 quinquies comma 2) - è oggetto di una contrattazione con le organizzazioni maggiormente rappresentative e le singole strutture (si vedano l'art. 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549 e l'art. 8 quinquies comma 2).

Anche questa fase ha una funzione fondamentale per rendere efficiente il sistema, fermo restando il vincolo di spesa generale stabilito dalla Regione.

La contrattazione con le associazioni e i soggetti erogatori è fondamentale per individuare quali siano i soggetti rispetto ai quali è necessario prevedere un incremento delle quantità e delle tipologie di prestazioni, sulla base di valutazione comparative di costi e qualità.

La predetta ricostruzione è confermata dalla Giurisprudenza.

“Il modello bifasico di pianificazione introdotto dalla l. 27 dicembre 1997 n. 449 prevede, prima, l'adozione da parte della Regione di un atto autoritativo di programmazione con il quale definire unilateralmente 1) il tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni; 2) i preventivi annuali delle prestazioni; 3) le direttive da seguire nella successiva negoziazione dei piani annuali; poi, la contrattazione di piani annuali preventivi con i singoli operatori con i quali definire le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie erogabili nelle relative strutture pubbliche e in quelle private, ne deriva che la contrattazione dei suddetti piani con ciascuna istituzione sanitaria deve necessariamente seguire la determinazione unilaterale dei limiti annuali di spesa sostenibile nel singolo anno di riferimento” Cons. Stato Sez. IV, 03-05-2001, n. 2495 □ Soc. Casa di cura S. Maria e Soc. Casa cura S. Maria e altri c. Reg. Puglia e Reg. Puglia e altri (si veda la sentenza del C.d.S. Sez. IV n. 2495/2001).

Nel caso di specie, la determinazione dei tetti di cui si discute non ha previsto né una consultazione con le associazioni di categoria né con i singoli soggetti erogatori.

L'assenza di questa consultazione ha viziato l'intero procedimento e ha impedito all'Amministrazione di calibrare la riduzione in maniera adeguata alle caratteristiche dei singoli soggetti erogatori.

**VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI IMPARZIALITÀ EX ART. 97.
VIOLAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 12 DEL DLGS.VO N. 502/92
DELL'ART. 8 Quinquies DEL DLGS.VO N. 502/92. VIOLAZIONE DEL
D.M. DEL 30.6.97. ECCESSO DI POTERE PER DISPARITÀ DI
TRATTAMENTO. ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETÀ'.**

Con questo motivo si intende contestare che il provvedimento impugnato non ha tenuto in alcun conto la natura degli ospedali classificati.

Sulla particolare natura degli ospedali classificati

a. Gli ospedali classificati rappresentano una realtà organizzativa del tutto particolare, disciplinata ai sensi dell'art. 1 della l. n. 132/68.

La loro particolare natura giuridica è stata ribadita, anzi maggiormente sottolineata, dalla nuova riforma sanitaria.

Più specificamente, l'art. 4 comma 12 del dlgs.vo n. 502/92, proprio con riferimento agli ospedali classificati ai sensi della l. n. 132/68, così come individuati per il tramite del riferimento all'art. 41 l. n. 833/78, ha previsto che *"Entro un anno dalla data di entrata in vigore del D.lgs 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico - organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto e quelli di cui all'art. 4, comma 7, della l. 30.12.1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministero della Sanità."*

In sostanza, è evidente che, alla luce delle norme soprarichiamate, l'ospedale classificato ricorrente è gravato da una serie di obblighi organizzativi, che determinano un naturale aumento dei costi di gestione.

Sul punto si ricorda la circolare del Ministero della Sanità prot. n. 100.1/2195.

In essa, si inizia con il leggere che "La legge 12.2.1968, n. 132, ha riconosciuto agli Ospedali dipendenti dagli enti ecclesiastici che fossero rispondenti ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti per gli ospedali pubblici, la possibilità di ottenere la classificazione in una delle categorie di ospedali disciplinate dalla stessa legge.

E' noto che la classificazione, quale atto conclusivo di un processo di verifica dell'identità sostanziale tra l'organizzazione dei servizi degli ospedali dipendenti dagli enti ecclesiastici e quelli propri dell'organizzazione ospedaliera pubblica, incide direttamente sul tipo di assistenza ospedaliera erogata, che assume valenza pubblicistica al pari di quella erogata dalle strutture pubbliche (allora Enti ospedalieri) in quanto inserisce detti ospedali nella programmazione ospedaliera e nei piani regionali ospedalieri.

Il successivo decreto delegato 130/69 ha previsto per gli Istituti ed Enti titolari di ospedali classificati ai sensi dell'art. 1 della legge 132/68...l'effetto sostanziale del riconoscimento della identità di funzioni svolte da detto personale rispetto a quelle svolte dal personale delle strutture pubbliche e della piena equiparazione, sotto il profilo funzionale, organizzativo e di erogazione di servizi tra gli ospedali classificati ed i corrispondenti ospedali pubblici.

La natura giuridica degli ospedali classificati ed equiparati nell'ambito dell'ordinamento pubblico é stata confermata con legge di riforma sanitaria del 1978..." (si vedano le pagg. 1 e 2 della circolare).

"Il nuovo assetto ordinamentale di cui al dlgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni non hanno modificato la situazione degli ospedali classificati....

A tal proposito occorre richiamare l'art. 4, comma 12, del dlgs. 502/92 e le prescrizioni ivi contenute....

L'espressa menzione di detti enti nell'art. 4 del dlgs. 502/92 e cioè la loro collocazione nell'ambito delle Aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri; la previsione, in capo agli stessi, di un onere di adeguamento (sia per quel che concerne i requisiti tecnico - organizzativi che la parte del personale e dell'organizzazione dei presidi) ai principi del Decreto legislativo 502/92...costituiscono elementi di certezza della considerazione di detti enti nel settore sanitario pubblico...".

Peraltro, la nuova formulazione dell'art. 1 co. 18 del dlgs.vo . 502/92, così come modificato dal dlgs.vo n. 229/99, prevede che "Le istituzioni e gli organismi a

scopo lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico - culturale dei servizi alla persona...".

Quindi, prosegue la circolare, trattasi di *"...elementi integranti le strutture del Servizio sanitario nazionale..."*, che hanno *"...una particolare posizione, considerandoli Enti già compresi nel circuito del servizio pubblico..."*; *"In buona sostanza, si ritiene che la posizione degli Enti di cui alle disposizioni soprarichiamate di pieno inserimento nel servizio pubblico...alla stessa stregua di qualsiasi ospedale pubblico..."* (si vedano le pagg. 3 e 4 della circolare).

In sintesi gli ospedali classificati si caratterizzano per una posizione molto peculiare, tale che essi sono onerati da una serie di obblighi organizzativi che li rendono differenti dalle case di cura private e li rendono simili alle strutture pubbliche, pur salvaguardandone l'autonomia giuridico amministrativa dei propri enti titolari.

Assimilazione che, ormai, è stata chiaramente affermata dall'art. 1 comma 18 del dlgs.vo n. 502/92, come da ultimo modificato, laddove si fa riferimento alle *"...istituzione pubbliche e quelle equiparate di cui all'art. 4, comma 12.."*, ovvero agli ospedali classificati.

a.1 Anche per quanto riguarda gli aspetti relativi alla remunerazione, è stata da sempre riconosciuta una differenza tra gli ospedali classificati e le case di cura private.

"Per quanto riguarda le tariffe delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali da riconoscere agli Enti in questione, si ricorda che le tariffe determinate dalle regioni ...possono essere articolate, tra l'altro, per tipologie di erogatori.... Pertanto, nell'effettuare la classificazione degli ospedali a questo fine, per le considerazioni richiamate in precedenza, gli Enti in questione vanno correttamente equiparati agli ospedali del Servizio sanitario nazionale simili in termini di complessità della casistica trattata, complessità funzionale e/o dotazione di personale...."

In conclusione, non paiono giustificati eventuali orientamenti tendenti a porre sullo stesso piano gli Istituti ed Enti di cui si discute con le case di cura private." (si vedano le pagg. 4 e 5 della circolare).

In questo senso, la Giurisprudenza ha chiaramente affermato che *"...è illegittima la delibera regionale che assegna agli ospedali ecclesiastici, classificati ai sensi*

dell'art. 1 l. 12 febbraio 1968 n. 132, un tetto di spesa inferiore a quello fissato per le aziende ospedaliere pubbliche, trattandosi di determinazione incompatibile con il principio di equiparazione fra le due strutture pubbliche e con la riconducibilità dichiarata dal ministero della sanità con circolare 21 giugno 1997, dei detti ospedali ecclesiastici alle case di cura private..." (si veda la sentenza del TAR Puglia Sez. I n. 1980 del 16.12.1999).

Quindi, nella sentenza del TAR Puglia - Bari II Sez. n. 435 dell'11.5.98 si censura il comportamento dell'Amministrazione convenuta "...con riferimento alla obliterazione della peculiarità della condizione giuridica e della natura degli ospedali classificati e delle indicazioni fornite dalle circolari ministeriali del 16 e 21 giugno 1997 (in ordine ...alla insostenibilità di una equiparazione tra Enti ecclesiastici esercenti l'assistenza sanitaria e case di cura private)".

a.2 Procedendo oltre, si tenga conto che, sotto un diverso profilo, la speciale natura e regime degli ospedali classificati ha fatto sì che è la stessa apposizione dei tetti a essere stata definita illegittima.

In altri termini, gli ospedali classificati, in virtù della loro equiparazione al pubblico, non sono assoggettati a nessun tetto.

In questo senso, si consideri quanto affermato dalla sentenza del TAR Campania Sez. I n. 3016/2007, confermata dalla sentenza del C.d.S. Sez. V n. 1858 del 2008.

In sintesi, la sentenza del C.d.S. Sez.V n. 1858/08 ha affermato che "*...per le strutture che risultano consustanziali al sistema sanitario nazionali (ospedali pubblici, ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.) non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite economicamente fissato....*

Un conto sono, infatti, le case di cura private, altra cosa sono quelle istituzioni la cui parificazione all'apparato sanitario pubblico rende anche solo teoricamente incompatibile una limitazione alle prestazioni." (v. sentenza del C.d.S. Sez.V n. 1858/08, nonché C.d.S. Sez. V n. 3263 del 2009 e n. 1514 del 16.3.2010, si vedano pure le sentenze del TAR Campania Sez. I n. 3016/2007, la sentenza del TAR Campania Sez. I n. 1683/2010, del TAR Lazio Sez. III Quater n. 389 del 2011 e nn. 1197 e 1198 del 2011).

Insomma, secondo questa giurisprudenza, l'ospedale classificato è comunque obbligato ad erogare tutte le prestazioni richieste, a prescindere dal volume indicato nell'accordo.

Invero, la disamina relativa all'illegittimità previsione dei tetti non è propria di questo ricorso, ma si pone innanzitutto in relazione dal decreto n. 88 che ha previsto dei tetti anche per gli ospedali classificati.

In questa sede si intende dimostrare che – pur se si vuole prescindere dall'illegittimità di tetti previsti anche per gli ospedali classificati – la disciplina di cui al decreto impugnato è illegittima perché non tiene conto delle caratteristiche originali degli ospedali classificati che giustificano per essi una inferiore riduzione dei tagli alla spesa.

Sotto un primo profilo si procederà ad una comparazione tra gli ospedali classificati e le altre strutture private.

Sotto un secondo si fa procederà ad una comparazione tra gli ospedali classificati e le strutture pubbliche.

Sull'illegittima equiparazione tra ospedali classificati e le strutture private.

A riguardo, come già detto, è stato affermato che *In conclusione, non paiono giustificati eventuali orientamenti tendenti a porre sullo stesso piano gli Istituti ed Enti di cui si discute con le case di cura private.*" (si vedano le pagg. 4 e 5 della circolare del Ministero della Sanità)).

Abbiamo visto anche che la Giurisprudenza ha chiaramente affermato l'illegittimità di un equiparazione tra ospedali classificati e strutture private. (si vedano le **già citate sentenze** del TAR Puglia Sez. I n. 1980 del 16.12.1999 e del TAR Puglia - Bari II Sez. n. 435 dell'11.5.98.

Nel caso di specie, ad onta di questi principi, l'Amministrazione ha previsto una disciplina unica con cui ha equiparato le riduzione da applicare alle case di cura private e gli ospedali classificati.

Sulla necessaria equiparazione tra ospedali classificati e le pubbliche.

a. Il finanziamento degli ospedali classificati è assicurato dal medesimo strumento utilizzato per i presidi pubblici, di cui all'art. 8 quinquies comma 2.

L'art. 8 quinquies del dlgs.vo 502/92 prevede che gli accordi per la remunerazione – con dei tetti ai volumi di spesa per le prestazioni erogate - riguardano anche le strutture pubbliche equiparate, appunto, agli ospedali classificati.

Insomma - a tutto voler concedere - per gli ospedali classificati devono essere previsti dei tagli ai tetti alla remunerazione eguali a quelli previsti per le strutture pubbliche

E' opportuno verificare quindi l'effettiva applicazione di una comune disciplina per gli ospedali pubblici e classificati così da scongiurare il rischio che gli ospedali pubblici possano essere finanziati con delle somme molto più elevate rispetto a quelle destinate agli ospedali classificati, nonostante l'identità formale degli strumenti previsti per disciplinare la remunerazione di entrambe, i medesimi obblighi organizzativi e la analoga qualità e tipologia del servizio reso.

A fronte di questa unica disciplina di riferimento, il decreto impugnato non offre nessuna garanzia.

Tantomeno la offre il decreto n. 88, che costituisce la disciplina di riferimento, rispetto alla quale il decreto impugnato prevede solo una riduzione percentuale.

Comunque sia, essendo il decreto n. 88 la disciplina di riferimento, è necessario partire da esso anche in questa sede.

Le illegittimità del decreto n. 88 si reitera in relazione al decreto impugnato in questa sede.

Più specificamente, con riferimento al decreto qui impugnato, si rileva che esso – limitandosi ad integrare la disciplina di cui al decreto n. 88 - non consente di verificare correttamente se anche ospedali pubblici subiscono concretamente, e non solo nominalmente, una riduzione dei budget.

b. Orbene, il decreto n. 88 si limitava si limita a prevedere che *“il criterio adottato con il presente decreto per la determinazione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni ospedaliere per acuti è applicato anche alle strutture pubbliche prendendo a riferimento la valorizzazione della produzione 2011 certificata dall'ASP, che dovrà trovare riscontro in contabilità a ricavo nei conti economici per le strutture pubbliche aziendalizzate ovvero nei conti presidi per le altre strutture pubbliche”* (si veda il comma 14 del dispositivo; si veda anche il comma 48 della motivazione).

E' evidente che questa previsione si limitava solo a stabilire che anche per i presidi pubblici si adotta il criterio di individuare un tetto massimo di somme destinate alla remunerazione delle prestazioni erogate; quindi, viene precisato che questo tetto massimo viene inserito come ricavo nel conto economico delle

aziende pubbliche e degli altri presidi in cui si articolano le strutture pubbliche.

b.1 Orbene, rispetto a questa previsione si osserva, innanzitutto, che – ad onta di quanto previsto – il decreto 88 non contiene nessun allegato che specifica le varie somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche e degli altri presidi in cui si articolano le strutture pubbliche.

Il decreto 88 viola i principi di trasparenza nella parte in cui specifica chiaramente il tetto massimo della spesa previsto per le strutture private e per gli ospedali classificati, ma non fa altrettanto per le aziende pubbliche e i presidi delle strutture pubbliche.

b.2 Peraltro, il sistema di cui al decreto n. 88 si limita a prevedere solo che le somme di cui ai tetti alla pesa sono inserite nella voce ricavi di cui al conto economico, ovvero si limita a prevedere che i tetti assumono la funzione di parametro rispetto a cui comparare i costi di produzione all'interno della gestione economica sintetizzata nel conto economico.

E' evidente, però, che questa previsione non è sufficiente.

L'inserimento della somme di cui al tetto massimo nella voce ricavi di cui al conto economico non dà alcuna garanzia che – **nell'ipotesi in cui i costi di produzione siano superiori alle predette somme,**– le strutture pubbliche – al fine di pareggiare i conti economici - possano beneficiare di ulteriori ricavi, sotto forma di fondi ulteriori sganciati completamente dal numero delle prestazioni erogate, ovvero di fondi che hanno un mera funzione di ripiano dei disavanzi.

Di più - anche ammettendo che rispetto alle strutture pubbliche la Regione ha degli obblighi finanziari ulteriori rispetto a quelli previsti in favore degli ospedali classificati - **il sistema non prevede nessuna norma di garanzia circa l'esistenza di strumenti sanzionatori relativi alle ipotesi in cui le strutture pubbliche hanno negligenemente utilizzati i finanziamenti assegnatigli – correlati a determinati obiettivi di produzione - per l'erogazione di un numero di prestazioni inferiore rispetto a quelle assegnate come obiettivo.**

Insomma, è necessario verificare se l'ospedale pubblico continua ad operare o meno come se i vincoli ad una determinata produzione non esistessero.

E' evidente a chiunque che le ragioni dell'esplosione della spesa pubblica sanitaria sono da ascrivere al fatto che i presidi pubblici non sono vincolati al

rispetto di nessuna programmazione relativa alle prestazioni da dover erogare.

In assenza di questi limiti è evidente che i presidi pubblici non hanno alcuna ragione per limitare i loro costi perché sono privi di qualunque parametro di produttività circa il numero di prestazioni che devono erogare.

In sintesi, l'ospedale pubblico – a fronte delle risorse assegnatagli – non ha nessun vincolo secondo cui quelle risorse devono essere utilizzate per produrre 100 prestazioni e non 10.

c. Sulla base di questa evidente discriminazione a favore di presidi pubblici, si ricorderà che, come già detto, la stessa Corte Costituzionale, investita di una questione involgente anche una valutazione del sistema delle tariffe, ha chiaramente affermato che il sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie deve essere “...*correttamente attuato secondo principi di economicità e di mercato...*” (si veda la sentenza della Corte Cost. n. 416 del 28.7.1995).

Nè potrebbe essere diversamente, tenuto conto che l'art. 8 bis comma 2 del dlgs.vo n. 502/1992 prevede che “*I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati...*”.

Insomma, il nostro sistema prevede chiaramente l'erogazione delle prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale deve ispirarsi al principio della **libera scelta di mercato, da parte degli utenti, delle strutture a cui rivolgersi; peraltro, la tutela del mercato rappresenta un principio cardine del nostro ordinamento, introdotto dalla disciplina antitrust.**

Orbene, nel caso di specie, il trattamento discriminatorio a favore dei presidi pubblici – che possono utilizzare le loro risorse senza vincoli di produzione – determina un grave effetto distorsivo della concorrenza a favore di presidi pubblici inefficienti.

L'ospedale classificato riceve i finanziamenti previsti da tetti predefiniti in ragione di prestazioni realmente erogate; insomma, il finanziamento di cui beneficia deve corrispondere a delle prestazioni realmente erogate che costituiscono l'obiettivo di produzione assegnato.

Al contrario, gli ospedali pubblici ricevono dei finanziamenti teoricamente parametrati ad un determinato numero di prestazioni, ma non dispongono di alcun vincolo di efficienza parametrato all'obbligo di una produzione

determinata.; insomma, si ripete, ricevono dei finanziamenti determinati ma non sono obbligati ad erogare le prestazioni assegnate loro come obiettivo.

Trattasi evidentemente di una situazione di assoluto privilegio rispetto agli ospedali classificati che premia le strutture più inefficienti, danneggia l'ospedale ricorrente erogatore e costituisce un ostacolo alla libera scelta degli utenti circa la possibilità di usufruire di prestazioni efficienti.

Istanza istruttoria

Dalle argomentazioni che precedono emerge la necessità di acquisire in via istruttoria i seguenti documenti.

- qualunque atto che specifichi le varie somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche – a titolo esemplificativo - per l'anno 2012;
- i bilanci di previsione e consuntivo delle Aziende ospedaliere del 2012 - a titolo esemplificativo - da cui risulti l'inserimento, nella voce ricavi del conto economico, delle somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche e/o di altre e ulteriori somme, inserite sempre nella voce ricavi, quantunque sganciate completamente dal numero delle prestazioni erogate, ovvero di fondi che hanno un mera funzione di ripiano dei disavanzi.

Si rende, inoltre, necessario acquisire, in via istruttoria, chiarimenti dall'Amministrazione circa l'esistenza di sistemi sanzionatori relativi alle ipotesi in cui le strutture pubbliche hanno negligenzemente utilizzato i finanziamenti assegnati loro – correlati a determinati obiettivi di produzione - per l'erogazione di un minor numero di prestazioni rispetto a quelle assegnate come obiettivo.

A riguardo si segnala che l'ospedale ricorrente ha interesse a conoscere ed impugnare l'illegittimità di qualunque atto che ha per oggetto il sistema di finanziamento dei presidi pubblici. Infatti, il finanziamento illegittimo ai presidi pubblici sottrae risorse che possono essere redistribuite ad altri soggetti e in particolar modo agli ospedali classificati, equiparati alle strutture pubbliche.

Nel caso di specie quindi l'interesse dell'ospedale ricorrente ha natura strumentale, riconosciuto dalla giurisprudenza, in quanto è finalizzato all'annullamento di atti che hanno l'effetto di pregiudicare gravemente l'interesse dei ricorrenti.

L'Amministrazione, infatti, in caso di annullamento degli atti impugnati sarebbe obbligata all'intera riprogrammazione finanziaria con effetti positivi per il ricorrente.

Come è noto, l'interesse strumentale si differenzia da quello diretto – che ha ad oggetto direttamente un bene della vita – perché si sostanzia nella tutela di un interesse preordinato alla tutela di un futuro interesse diretto.

Secondo la giurisprudenza l'interesse a ricorrere, infatti, “è individuato sia in corrispondenza dell'utilità pratica concreta che il ricorrente può ottenere con la pronuncia, sia in rapporto all'utilità strumentale connessa anche al porre nuovamente in discussione il rapporto controverso, con obbligo dell'amministrazione di adottare nuovi atti, idonei a salvaguardare l'interesse pretensivo della parte ricorrente” (Cfr. T.a.r. Lazio, sez. II, n. 3377/2004); “Sussiste l'interesse a ricorrere laddove esso abbia carattere meramente strumentale, essendo cioè meramente finalizzato a rimettere in discussione il rapporto controverso ai fini del riesercizio del potere in termini potenzialmente idonei ad evitare il pregiudizio sofferto o a conseguire il vantaggio sperato ...” (Cfr. C. Stato, sez. VI, n. 6657/2002).

**ILLEGITTIMITA' DERIVATA DEL DECRETO N. 428 DEL 2012.
VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012.
ECESSO DI POTERE PER DIFETTO DI SITRUZIONE E
PRESUPPOSTI.**

Con il decreto n. 428 del 2012 è stato stabilito di prevedere dei Budget provvisori relativi ciascuna disciplina assistenziale.

L'ammontare di questi budget assomma a tre dodicesimi del 99% del relativo budget 2012.

Il decreto prevede che la disciplina che regola l'erogazione di questi budget provvisori è la medesima di quella prevista dai Budget 2012

Invero, la illegittimità del predetto decreto è meramente consequenziale dell'illegittimità con cui sono stati determinati i budget 2012, ivi compresa la riduzione di cui al decreto n. 349 del 2012, oggetto del presente ricorso.

E' necessario, però, rilevare un ulteriore vizio autonomo e proprio del decreto n. 428/2012.

Ci si intende riferire alla decisione di rapportare il budget provvisorio del I trimestre tre dodicesimi del 99% del relativo al budget 2012.

Orbene, scusandoci per la ripetizione, Il comma 14 dell'art. 15 citato che prevede quanto segue: *14. A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014".*

Si badi bene che la predetta norma prevede per il 2012 una riduzione dell'0,50 rispetto alla spesa consuntivata 2011 e per il 2013 una riduzione dell'0,50 sempre rispetto alla spesa consuntivata 2011.

Tenuto conto che la spesa consuntivata 2011 è il parametro di riferimento, rispetto a questo parametro di riferimento è necessario applicare una riduzione dell'0,5 per il 2012 e dell'1,00 per il 2013.

Non vi è chi non veda che rispetto al budget 2012 – che già assorbe in sé una riduzione dell'0,50 in relazione alla spesa consuntivata 2011 – il budget 2013 deve essere ridotto solo di un ulteriore 0,50.

Insomma aggiungendo al budget 2012, già ridotto del dell'0,5, un ulteriore riduzione dell'0,50 si arriva ad un budget 2013 ridotto dell'1 rispetto alla spesa consuntivata 2011.

Ad onta di questo principio, i bilanci provvisori sono stati commisurati al 99% rispetto al budget 2012; è evidente, però, che questa ulteriore riduzione determina il risultato che i budget provvisori 2013 subiscano una riduzione dell'1,50 rispetto alla spesa consuntivata 2011.

Un 0,50 di riduzione lo ereditano dal budget 2012, già ridotto appunto dell'0,50; a questa riduzione aggiungono un ulteriore riduzione dell'1, prevista dal decreto n. 428, per un totale dell'1,50.

Il tutto in netto contrasto con quanto previsto dalla legge.

SULLA SOSPENSIVA.

In relazione ai danni si osserva che la gravità dei tagli, in misura così abnorme e contraria alla legge, mette in crisi la sopravvivenza stessa dell'ospedale ricorrente.

Peraltro si tenga conto che l'esatta individuazione della misura dei tagli può essere tranquillamente stabilita anche in sede cautelare, con obbligo per l'Amministrazione di riesaminare e applicare una diversa percentuale di riduzione.

Questa attività conformativa può essere posta in essere dall'Amministrazione senza paralizzare in alcun modo la disciplina della remunerazione da essa già stabilita e rispetto alla quale la modifica della riduzione può eterointegrarsi con notevole facilità e nessun disagio organizzativo.

P. Q. M.

Si chiede che codesto Ecc.mo Tribunale accolga il presente ricorso, sospendendolo in fase cautelare e annullando definitivamente il provvedimento impugnato.

Ove necessario la questione di incostituzionalità dell'art. violazione dell'art. 15 comma 14 della l. 135 del 2012 per violazione degli artt. 3, 32, 41 e 97 della costituzione

Il tutto con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alle spese.

IN VIA ISTRUTTORIA.

Si chiede di acquisire in via istruttoria di acquisire ogni chiarimento e documentazione utile al fine di accertare a quali spese realmente coincidono le voci di costo B02195 e B02220 del CE Consuntivato 2011, di cui alla motivazione del decreto impugnato (si veda il comma 21 della motivazione); il tutto al fine di accertare se è vero che l'Amministrazione ha inteso utilizzare le somme relative al volume delle prestazioni di cui ai budget 2011 dell'assistenza ospedaliera per remunerare non lo il costo del volume delle prestazioni di cui ai budget 2012 dell'assistenza ospedaliera ma che il costo del 2012 relativo alle funzioni e alla riconversione della rete ospedaliera

Ai fini del pagamento del contributo unificato si dichiara che la presente controversia è di valore indeterminabile.

Roma, 19 gennaio 2013

(Avv. Silvio Bozzi)

RELATA DI NOTIFICAZIONE

Ad istanza dell' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", in persona del rappresentante come in atti, io sottoscritto Avv. Silvio Bozzi, a tanto autorizzato con delibera del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Roma n. 92/2008, ho notificato - ai sensi della L. 21/1/1994 n. 53, previa iscrizione al n. 956 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio**, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Generale dello Stato e domiciliato per legge in Roma, Via dei Portoghesi, 12, CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442828095-9, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



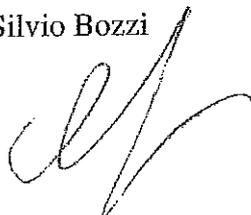
previa iscrizione al n. 957 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio**, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442828094-8, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



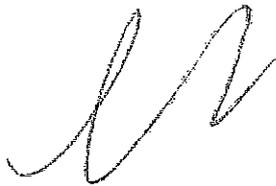
previa iscrizione al n. 958 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **Regione Lazio**, in persona del Presidente *pro - tempore*, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442828106-1, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 959 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata, in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella sua sede sita in via Monti di Creta, n. 104 - CAP 00167, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442827090-0, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



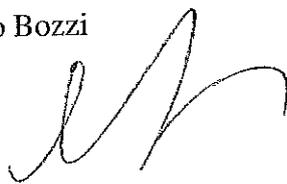
previa iscrizione al n. 960 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla AUSL Roma C, in persona del rappresentante legale pro tempore, nella sua sede sita in Roma, via Primo Carnera, 1 - CAP 00142, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale con raccomandata a/r n. 76442827089-8, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



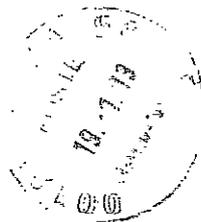
previa iscrizione al n. 961 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero della Salute**, in persona del rappresentante legale pro - tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442827088-7, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 962 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al Ministero dell'Economia e delle Finanze, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442827087-6 , inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 963 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442827086-5, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 964 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442828109-5, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



N. Raccomandata

76442827088-7



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex.w.1518) - SL [H] Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

È vietato introdurre denaro e valori nelle raccomandate: Poste Italiane SpA non ne risponde

RICEVUTA

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12

DESTINATARIO
 DESTINATARIO: *Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12*
 VIA / PIAZZA: *via dei Portofini, 12* N° CIV.
 C.A.P.: *00186* COMUNE: *ROMA* PROV.

MITTENTE
 MITTENTE: *Off. Vannini et al.*
 VIA / PIAZZA: N° CIV.
 C.A.P.: COMUNE: PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
 Contrassegnare la casella interessata *C.A.R.*

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0203
 Causale: AG 19/01/2013 12:48
 Peso gr.: 218 Tariffa € 3,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR
 Cod. Bollo AR: 765246406087
 (accettazione manuale) TASSE

N. Raccomandata

76442827089-8



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex.w.1518) - SL [H] Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

È vietato introdurre denaro e valori nelle raccomandate: Poste Italiane SpA non ne risponde

RICEVUTA

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12

DESTINATARIO
 DESTINATARIO: *Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12*
 VIA / PIAZZA: *via dei Portofini, 12* N° CIV.
 C.A.P.: *00186* COMUNE: *ROMA* PROV.

MITTENTE
 MITTENTE: *Off. Vannini et al.*
 VIA / PIAZZA: *Avv. SILVIO BOZZI* N° CIV.
 C.A.P.: *STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI* PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
 Contrassegnare la casella interessata *C.A.R.*

CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA
 TEL. 06.8551812 - 06.8559602
 FAX 06.8551344

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0202
 Causale: AG 19/01/2013 12:48
 Peso gr.: 217 Tariffa € 3,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR
 Cod. Bollo AR: 765444802087
 (accettazione manuale) TASSE

N. Raccomandata

76442827086-5



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex.w.1518) - SL [H] Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

È vietato introdurre denaro e valori nelle raccomandate: Poste Italiane SpA non ne risponde

RICEVUTA

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12

DESTINATARIO
 DESTINATARIO: *Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12*
 VIA / PIAZZA: *via dei Portofini, 12* N° CIV.
 C.A.P.: *00186* COMUNE: *ROMA* PROV.

MITTENTE
 MITTENTE: *Off. Vannini et al.*
 VIA / PIAZZA: *Avv. SILVIO BOZZI* N° CIV.
 C.A.P.: *STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI* PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
 Contrassegnare la casella interessata *C.A.R.*

CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA
 TEL. 06.8551812 - 06.8559602
 FAX 06.8551344

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0206
 Causale: AG 19/01/2013 12:51
 Peso gr.: 219 Tariffa € 3,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR
 Cod. Bollo AR: 765435719148
 (accettazione manuale) TASSE

N. Raccomandata

76442827087-6



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex.w.1518) - SL [H] Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

È vietato introdurre denaro e valori nelle raccomandate: Poste Italiane SpA non ne risponde

RICEVUTA

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12

DESTINATARIO
 DESTINATARIO: *Mittente del Tribunale di Roma, Ufficio di Roma, via dei Portofini, 12*
 VIA / PIAZZA: *via dei Portofini, 12* N° CIV.
 C.A.P.: *00186* COMUNE: *ROMA* PROV.

MITTENTE
 MITTENTE: *Off. Vannini et al.*
 VIA / PIAZZA: *Avv. SILVIO BOZZI* N° CIV.
 C.A.P.: *STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI* PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
 Contrassegnare la casella interessata *C.A.R.*

CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA
 TEL. 06.8551812 - 06.8559602
 FAX 06.8551344

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0204
 Causale: AG 19/01/2013 12:49
 Peso gr.: 218 Tariffa € 3,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR
 Cod. Bollo AR: 76544400133
 (accettazione manuale) TASSE

N. Raccomandata

76442828109-5



Posteitaliane

EPD795-EPD489 - Mod. 23 AG - MOD. 04001 (ex. 04010) - St. [4] Ed. 03/04

RICEVUTA

Accettazione **RACCOMANDATA**
È vietato introdurre denaro e valori nelle raccomandate; Poste Italiane SpA non ne risponde

964

Si prega di compilare a cura del mittente a macchina o in stampatello

DESTINATARIO	Ponderazione del Consiglio dei Ministri in f.lla. del 10/11/13	
	VIA / PIAZZA: Via dei PORTOENESI, 12	
	C.A.P. 00186	COMUNE ROMA
MITTENTE	Mittente: avv. Bozzi	
	VIA / PIAZZA: STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI	
	C.A.P. CORNICHI TRIESTE 88 - 00198 ROMA	
SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI		TEL. 06.8551812 - 06.8559602
Contrasegnare la casella interessata		FAX 06.6501844

Fraz. 55536

Sez. 5

Operaz. 0205

Causale: AG

19/01/2013 12:50

Peso gr.: 218

Tariffa €

5,95 Affr. € 3,95

Serv. Agg.: AR

Doc. AR: 763950553786

TASSE

(accettazione manuale)

Dott. GIORGIO PERROTTA
NOTAIO IN ROMA
00198 - Via Nizza n° 22
Tel. 8546698-8540157-8416035

REPERTORIO N. 24763-----ATTO N. 8464

-----PROCURA GENERALE-----
-----REPUBBLICA ITALIANA-----

L'anno duemilaotto, il trenta dicembre, in Roma, via
dell'Acqua Bullicante n. 4.-----

----- (30 dicembre 2008) -----

Innanzi a me, dott. Giorgio PERROTTA, notaio in Roma, con
studio in via Nizza n. 22, iscritto nel ruolo dei distretti
notarili riuniti di Roma, Velletri e Civitavecchia,-----

-----E' PRESENTE-----

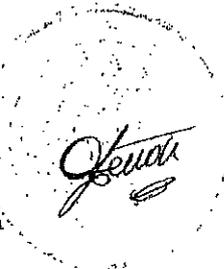
- la Rev.da Madre Laura BIONDO, in religione Suor Laura, nata
a Paese (TV) il giorno 16 aprile 1944, domiciliata per la
qualifica in Roma, ove appresso, religiosa, la quale dichiara
di intervenire nel presente atto non in proprio ma in nome,
conto, vece interesse, e quindi in rappresentanza, nella sua
qualità di Superiora Generale e legale rappresentante, dello:-

- "ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO", con sede in Roma, Via
dell'Acqua Bullicante n. 4, codice fiscale 01588540581,
partita IVA 01008231001, ente avente personalità giuridica
riconosciuta con R.D. 23 novembre 1936, registrato alla Corte
dei Conti il 9 gennaio 1937, registro n. 381, foglio 23,
iscritta all'ufficio territoriale del Governo di Roma al
n.959/87 del registro delle persone giuridiche, tale nominata
come risulta anche dal certificato rilasciato dalla
prefettura di Roma, ufficio territoriale del Governo in data
20 ottobre 2008.-----

La predetta componente, della cui identità personale io
notaio sono certo, nella qualifica di cui sopra, nomina e
costituisce quale procuratrice generale del predetto Istituto
Figlie di San Camillo la Rev.da Madre Teresa GRECO, in
religione Suor Benedetta, nata a Militello in Val di Catania
(CT) il giorno 27 luglio 1947, domiciliata per la qualifica
in Roma, via dell'Acqua Bullicante n. 4, Vicaria Generale
dell'Istituto, affinché con ogni più ampia facoltà compia
tutti gli atti che riterrà opportuni e necessari
relativamente ai beni del detto Istituto, posseduti o da
possedere.-----

Alla nominata procuratrice sono pertanto conferiti tutti i
necessari poteri, restando essa fra l'altro facoltizzata:-----

- ad acquistare, vendere e permutare beni mobili, immobili e
qualsiasi altra attività, convenire il prezzo, esigerli,
rilasciare quietanza, convenire tutti quei patti clausole e
condizioni che riterrà opportuni, accordare dilazioni di
pagamenti, rinunciare se del caso all'ipoteca legale,
accettare eredità con o senza beneficio d'inventario,
rinunziare alle medesime, accettare e rinunciare a legati,
presentando all'uopo le relative denunce di successione; in
conseguenza di quanto sopra, compiere tutti gli atti con le
Autorità religiose governative o prefettizie relativi alla



richiesta di autorizzazioni necessarie al perfezionamento dei medesimi;-----

- amministrare tutti i beni, presenti e futuri, dare consensi ed autorizzazioni, acquistare, alienare (anche sotto condizione sospensiva o risolutiva, con patto di riscatto o di riservato dominio) e permutare beni mobili ed immobili, compresi beni mobili registrati, crediti, diritti, titoli azionari ed obbligazionari, valori di enti e società;-----

- promuovere azioni di riscatto;-----

- costituire e modificare diritti d'usufrutto, d'uso e di abitazione e rinunciare ad essi; costituire ed estinguere diritti di superficie;-----

- chiedere la ricognizione del diritto o la devoluzione del fondo enfiteutico, nei casi consentiti dalla legge, affrancare fondi enfiteutici;-----

- costituire, modificare ed estinguere servitù attive e passive di qualsiasi specie, oneri reali e precari;-----

- costituire consorzi, riserve di caccia e pesca e parteciparvi;-----

- costituire e sciogliere comunione e condomini, sostituire altri nel godimento della cosa comune;-----

- promuovere azioni di rivendica e rinunziarvi; esercitare azioni possessorie, di denuncia di nuova opera e di danno temuto;-----

- eleggere domicili;-----

- promuovere dichiarazioni di assenza o di morte presunta;---

- promuovere interdizioni ed inabilitazioni;-----

- chiedere la rettificazione di atti di stato civile;-----

- procedere all'accertamento ed alla divisione, consensuale o giudiziale, delle comunioni e delle eredità, chiederne la rescissione; procedere alla formazione dei lotti ed alla loro assegnazione ovvero alla estrazione a sorte; chiedere revisioni di conti, chiedere ed effettuare collazioni, imputazioni, conguagli, rinunciare o esercitare diritti di retratto successorio;-----

- contrarre qualunque specie di obbligazioni: sotto condizione sospensiva o risolutiva, a termine, alternative, solidali, divisibili o indivisibili, con clausola penale;-----

- ricevere in pagamento con surroghe nelle azioni, nei privilegi e nelle ipoteche; fare dichiarazioni di imputazioni di pagamenti; fare ed accettare offerte reali e susseguenti depositi della cosa dovuta; fare ed accettare delegazioni di pagamento, espromissioni ed accolli; fare ed accettare novazioni; rimettere debiti, riconoscere ed operare compensazioni e confusioni;-----

- esigere, dandone quietanza, capitali, interessi, somme, valori, importi di vaglia, buoni, mandati, assegni, qualsiasi altra fede e certificato di credito da privati, da banche da enti morali o da pubbliche amministrazioni, da uffici

- postali, telegrafici e ferroviari;-----
- ritirare dagli uffici postali, ferroviari o di trasporti marittimi o aerei o da qualsivoglia altro ufficio pacchi, lettere, valori assicurati, merci e qualunque altro oggetto;--
 - ritirare titoli al portatore o nominativi, da privati, da istituti di credito, da corpi morali e da pubbliche amministrazioni;-----
 - compiere qualsiasi operazione presso gli uffici del debito pubblico, della Cassa Depositi e Prestiti, delle tesorerie provinciali, delle dogane, delle intendenze di Finanza;-----
 - stipulare contratti per la persona da nominare, fare dichiarazioni di comando; stipulare contratti a favore di terzo;-----
 - fare dichiarare la nullità, chiedere l'annullamento, la rescissione e la risoluzione di contratti;-----
 - dare e ricevere titoli a riporto;-----
 - stipulare contratti estimatori;-----
 - stipulare contratti di somministrazione;-----
 - concedere e condurre locazione ed affitti anche ultranovennali, sublocazioni e subaffitti; cedere i detti contratti; riscuotere anticipatamente e cedere canoni locatizi;-----
 - stipulare contratti di appalto e subappalto; approvare capitolati; intervenire a collaudi;-----
 - stipulare contratti di trasporto;-----
 - conferire ed accettare mandati speciali; revocarli o rinunciarvi, chiedere rendiconti;-----
 - stipulare contratti di commissioni, di spedizione, di agenzia, di mediazione; dare e prendere a comodato mobili ed immobili;-----
 - stipulare contratti di mutuo attivi e passivi, con o senza garanzie, e con clausole penali; assumere ed estinguere mutui da istituti di credito fondiari, di credito agrario, della Cassa Depositi Prestiti e da qualsiasi altro istituto;-----
 - stipulare contratti bancari di apertura di credito, di anticipazione e di sconto; stipulare contratti di conto corrente, aprire conti correnti bancari e postali, trarre assegni su di essi anche allo scoperto, nei limiti del fido concesso; chiedere finanziamenti; effettuare prelievi su conti correnti, su libretti di risparmio nominativi o vincolati; aprire cassette di sicurezza, prelevare il contenuto;-----
 - costituire rendite vitalizie, fondiarie, semplici, cederle, accettarle, affrancarle e risolverle;-----
 - stipulare contratti di assicurazione contro i danni e sulla vita; concordare ed accettare premi di indennità;-----
 - costituirsi fidejussore, anche con rinuncia al beneficio dell'escussione e della divisione;-----
 - ratificare l'operato del gestore d'affari;-----

unico mod. 760, la dichiarazione sostituiti d'imposta mod. 770, il Libro inventari, la comunicazione variazione dati all'agenzia delle entrate; sottoscrivere i bilanci; sottoscrivere e presentare ricorsi, denunce, reclami concordati ed adesioni ed accertamenti;-----

- transigere e compromettere in arbitri anche amichevoli compositori;-----

- sostituire a sé altri procuratori con uguali o più limitati poteri;-----

- compiere in genere qualsiasi altro atto di ordinaria e straordinaria amministrazione, sempre in nome e per conto del nominato Istituto.-----

Il tutto con promessa, da parte della mandante, di avere fin d'ora per rato e valido l'operato della nominata procuratrice, senza bisogno di ulteriori ratifiche o conferme, ma sotto gli obblighi di legge.-----

La presente procura viene rilasciata a titolo gratuito.-----

Contestualmente la predetta comparente, nella qualifica di cui in comparizione, revoca la procura generale rilasciata in data 18 luglio 2002 alla Rev.da Madre Gemma Dalla Porta in religione Suor Serafina, con atto a rogito del notaio Andrea Lorusso Caputi di Roma repertorio n. 90279/10968, registrato a Roma 8 il 29 luglio 2002 al n. 667 serie 1.-----

Richiesto io notaio ho ricevuto questo atto, da me redatto e letto alla comparente la quale, a mia interpellanza, dichiaratolo conforme alla sua volontà, lo approva e lo sottoscrive con me notaio alle ore quindici.-----

Scritto a macchina ed in parte a mano da persona di mia fiducia su nove pagine più cinque linee di questa decima di tre fogli.-----

F.to - Madre Laura Biondo-----

F.to - Giorgio Perrotta notaio-----

COPIA AUTENTICA IN UNO DEI CASI PER IL CUI È STATO IN OGNI SUO

FOGLIO A NORMA DI LEGGE

IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA TRAMITE M.U.I.

ROMA 13 gennaio 2009



Giorgio Perrotta

REGISTRATO

ALL'UFFICIO DELLE ENTRATE

ROMA 5

il 10 gennaio 2009

N. 286 s. 1T

€ 381,00

Il Dirigente Area Servizi
G. M. LEGGIERE



REGIONE
LAZIO

Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale
Area Pianificazione Strategica

Prot. 216917 DB/07/09

Roma, 22/11/2012



Al Direttori Generali ASL del Lazio
Al Direttore Generale ASP - Lazio Sanità
Al Direttore Regionale Bilancio,
Ragioneria, Finanza e Tributi

Agli Ospedali Classificati

- San Giovanni Calibita
- Madre Giuseppina Vannini
- Israelitico
- Cristo Re
- San Carlo di Nancy
- San Pietro Fatebenefratelli
- Regina Apostolorum

Al Policlinici Universitari non Statali

- A. Gemelli
- Campus Biomedico

Agli IRCCS Privati

- Santa Lucia
- San Raffaele Pisana
- IDI
- Villa Paola IDI

Alle Associazioni

AIOP
ANISAP
ARIS
Federlazio Salute
Federlazio URSAP
Lalsan
Confindustria Lazio
Confsalute
Federlab
Don Gnocchi

**R.R.
ANTICIPATA PER FAX**

Oggetto: Decreti del Commissario ad acta nn. U00348 e U00349 del 22 novembre 2012

DIREZIONE REGIONALE
PROGRAMMAZIONE SANITARIA E RISORSE DEL SSR

VIA ROSA RAIMONDI
GARIBOLDI, 7
00146 ROMA

Tel. +39.06.5168.1
FAX +39.06.5168.

Si trasmettono ai destinatari in indirizzo, per opportuna conoscenza e quanto di competenza, il decreto n. U 00348 del 22 novembre 2012 recante: Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza specialistica anno 2012 - e il decreto U 00349 del 22 novembre 2012 recante: Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza ospedaliera anno 2012 -

Ai sensi dei suddetti decreti il budget dell'attività ospedaliera (acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza medica) di cui ai DPCA U 0088/2012 e U 0094/2012 e s.m.i. e il finanziamento delle funzioni assistenziali di cui al DPCA U 0115/2012 sono stati abbattuti nella percentuale del 6,8519% e i budget della specialistica ambulatoriale di cui al DPCA U 0089/2012 sono stati abbattuti nella percentuale dello 0,4243%

Le Aziende Sanitarie Locali sono pregate di notificare i decreti U 00348/2012 e U 00349/2012, di cui è stata richiesta pubblicazione sul BURL, alle strutture afferenti sul proprio territorio.

Si chiede peraltro cortesemente all'ASP - Lazio sanità che i suddetti decreti siano resi disponibili sull'home page dei sistemi di accettazione Quasio on line, RAD-R e Quasias on line al fine dell'immediata conoscenza degli stessi da parte dei soggetti erogatori.

Il Dirigente dell'Area
(Dr. Emidio Di Virgilio)

Emidio Di Virgilio

Il Direttore Regionale
(Prof. Ferdinando Romano)

F. Romano



Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012)

N. 000369 del 22 NOV. 2012

Proposta n. 21279 del 12/10/2012

Oggetto:

Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza ospedaliera anno 2012 -

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012)

DECRETO n. 000348/2012

OGGETTO: Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza ospedaliera anno 2012 -

Il Commissario ad acta

PRESO ATTO che con Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012 al Dott. Enrico Bondi è stato conferito l'incarico di commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, fino alla data di insediamento del nuovo presidente della Giunta della Regione Lazio e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 è stato stabilito di rimodulare le funzioni conferite al Dott. Giuseppe Antonio Spata con la deliberazione del 3 Marzo 2011, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicate nella medesima deliberazione del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con la medesima deliberazione il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dei Disavanzi e di riqualificazione del SSR Laziale, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicati nella stessa deliberazione del 20 gennaio 2012;

VISTO il regolamento regionale n. 1 del 6 settembre 2002 e s.m.i., con particolare riferimento all'art. 98;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge n. 311 del 30/12/2004 - legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del

Piano di rientro con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, approvato con DGR n. 149 del 06.03.2007;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato - Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni" il quale, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RILEVATO quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 8 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 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;

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale che indicano, tra l'altro:

- *il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 quinquies, comma 2, lettera d);*
- *la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella*

SN

*misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),
...omissis... (art. 8 quinquies, comma 2, lettera e- bis);*

VISTO l'art. 8-quinquies, comma 2-quater del D.Lgs. 502/92 il quale prevede che: *"Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ... e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis";*

VISTO l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs 502/92, che a tal proposito, 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;

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha tra l'altro ribadito che: *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 convenzionata, 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";*

PRESO ATTO delle avvenute intese di riconversione/riorganizzazione sottoscritte con le strutture private ai sensi di quanto previsto dal decreto commissariale n. U 0080/2010 e ratificate con relativi decreti commissariali;

VISTO il decreto n. U0088 del 7 giugno 2012 recante: Remunerazione per l'anno 2012 dei ricoveri ospedalieri per acuti con onere a carico del SSR erogati da strutture pubbliche e private;

VISTO il decreto U 0094 del 7 giugno 2012 recante: Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private;

VISTO il decreto n. U 00149 del 6 agosto 2012 recante: Ratifica accordo integrativo e modificativo del protocollo d'intesa stipulato tra Regione Lazio, Azienda Sanitaria Locale Roma A, Azienda Sanitaria Locale Roma D ed Ospedale Israelitico in data 03 agosto 2011;

VISTO il decreto U 0115 del 4 luglio 2012 recante: Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere ai sensi dell'art. 8 - sexies comma 2 del D.lgs 502/92 e delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.lgs 517/99;

PRESO ATTO della L. 135/2012 del 7 agosto 2012, pubblicata sul supp. Ordinario n. 173 della G.U. n. 189 del 14.08.2012 che ha convertito in legge, con modifiche il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" ed in particolare dell'art. 15, comma 14, il quale ha espressamente previsto, in tema di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, che "a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera a), ultimo periodo del decreto - legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

PRESO ATTO delle note prot. 163135 DB/07/09 del 04.09.2012 e prot. 167926 DB/07/09/ del 13.09.2012, con cui è stata data informativa ai soggetti interessati - anche tramite le Associazioni di categoria - riguardo la norma sopra riportata e precisato essere in corso di predisposizione i provvedimenti attuativi della stessa attraverso la rettifica dei provvedimenti di budget 2012;

PRESO ATTO che per l'anno 2011 il costo consuntivato dell'attività ospedaliera tratto dal CE Consuntivo 2011 (voci di costo B02195 + B02220) è pari ad € 1.273.702.000;

segue DECRETO n. 00036 del 22 NOV. 2012

PRESO ATTO che il suddetto costo consuntivato 2011 è al netto della valorizzazione dei controlli esterni e del recupero dei controlli automatici comprensivi del Farned (abbattimento D.H. oncologico) rispettivamente pari ad € 38.800.000 e ad € 21.900.000;

PRESO ATTO che i budget 2012 sono al lordo dei suddetti controlli;

PRESO ATTO, pertanto, che l'importo da porre a confronto con i budget 2012 è individuato dalla somma del costo consuntivato di cui sopra, della valorizzazione dei controlli esterni e del recupero dei controlli automatici comprensivi del Farned (abbattimento D.H. oncologico) al netto della valorizzazione del DRG neonato sano (attività non soggetta ad attribuzione di budget valorizzata in € 9.300.000);

PRESO ATTO che il suddetto importo è pertanto individuato in € 1.325.102.000 e che lo 0,5% dello stesso è pari ad € 6.625.510;

PRESO ATTO, pertanto che la spesa complessiva per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2012 non deve superare l'importo di € 1.318.476.490;

PRESO ATTO che il tetto di spesa complessivo relativo all'anno 2012 per l'acquisto di prestazioni ospedaliere decretati, delle funzioni e degli accantonamenti relativi alle attività ospedaliere oggetto di riconversione, riorganizzazione, riattribuzione ammonta ad € 1.415.462.449 (al netto della valorizzazione del neonato sano pari ad € 9.300.000);

RITENUTO, in applicazione dei criteri indicati dall'art. 15, comma 14 della L. 135/2012, che l'abbattimento del budget dell'attività ospedaliera – comprensiva delle funzioni – determinati con i Decreti Commissariali nn. 88/2012 e s.m.i. 94/2012 e 115/2012, è calcolato sulla base della differenza del valore tra il tetto complessivo dell'attività ospedaliera 2012 di cui sopra, pari ad € 1.415.462.449 e il valore del nuovo tetto di spesa pari ad € 1.318.476.490 rideterminato ai sensi dell'art. 15, comma 14 L. 135/2012, rapportata al valore del tetto complessivo di € 1.415.462.449 come sopra definito;

$$\frac{(1.415.462.449 - 1.318.476.490)}{1.415.462.449} = 6,8519\%$$

PRESO ATTO, pertanto, che il finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere e delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui al DPCA U115/2012 sono, ai sensi della sopracitata L. 135/12, art. 15 c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 6,8519%;

RIBADITO che le riduzioni di che trattasi non si applicano per l'attività ospedaliera al DRG "neonato sano" - stimato per l'anno 2012 come il 2011;

PRESO ATTO dell'allegato : " Budget 2012 Ospedaliera - L 135/2012 art. 15, c.14 ", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

PRESO ATTO dell'allegato : " Finanziamento 2012 funzioni assistenziali ospedaliere ai sensi dell'art. 8 - sexies comma 2 del D.lgs 502/92 e delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.lgs 517/99 - L. 135/2012 art. 15, c.14 ", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO che il presente decreto è a valere sui contratti/accordi già in essere sottoscritti dagli erogatori privati ed equiparati (Policlinici Universitari non Statali, Ospedali Classificati, IRCCS Privati);

RITENUTO che i contratti /accordi non ancora sottoscritti dovranno essere modificati secondo quanto disposto dal presente decreto, ribadendo che l'art. 8 quinquies del D.lgs 502/92 e s.m.i prevede che "in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale interessati è sospeso" e che i DPCA U 0088/2012, U 0094/2012 hanno previsto " che in caso di mancata sottoscrizione del contratto/accordo nei tempi stabiliti, la ASL dovrà inviare immediatamente all'interessato atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto/accordo, entro 15 giorni dall'invio della diffida stessa. Nel caso, alla scadenza del termine fissato non fosse intervenuta la sottoscrizione del contratto/accordo, la ASL dovrà procedere a:

- a) inviare alla Direzione Programmazione e Risorse del SSR la comunicazione della mancata sottoscrizione del contratto/accordo ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;
- b) sospendere contestualmente la procedura di liquidazione delle fatture delle prestazioni fino ad allora rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta;"

CONSIDERATO che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rideterminare ulteriormente i budget e il finanziamento a funzione 2012 di cui al presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale;

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

DATO ATTO che per quanto non modificato dal presente decreto rimane fermo tutto quanto stabilito dai decreti commissariali sopra citati;

DECRETA

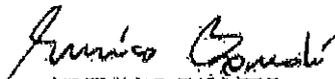
le premesse sono parte integrante del presente provvedimento:

1. di dare applicazione a quanto disposto dall'art. 15, comma 14 della L. 135/2012 che ha convertito in legge, con modifiche il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";
2. che i budget 2012 delle prestazioni ospedaliere di cui ai DPCA U 0088/2012 e s.m.i. e DPCA U 0094/2012 sono, ai sensi della sopracitata L. 135/12, art. 15 c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 6,8519%;
3. che il finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere e delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui al DPCA U 115/2012 sono, ai sensi della sopracitata L. 135/12, art. 15 c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 6,8519%;
4. di approvare l'allegato: " Budget 2012 Ospedaliera – L 135/2012 art. 15, c.14 ", che rappresenta parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
5. di approvare l'allegato: " Finanziamento 2012 funzioni assistenziali ospedaliere ai sensi dell'art. 8 – sexies comma 2 del D.lgs 502/92 e delle funzioni di didattica e ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.lgs 517/99 - L 135/2012 art. 15, c.14 ", che rappresenta parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
6. che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rideterminare ulteriormente i budget e il finanziamento a funzione 2012 di cui al presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale;
7. che la definizione e l'attribuzione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;
8. che per quanto non modificato dal presente decreto rimane fermo tutto quanto stabilito dai decreti commissariali sopra citati;

segue DECRETO n. 348 del 22 NOV. 2012

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

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.


ENRICO BONDÌ

EN

OSPEDALIERA PER ACUTI

Denominazione Struttura		A	B	C = (B - A)
		Budget 2012 DPCA U 0088/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
120079	Villa Donella	6.340.780	5.906.316	434.464
120083	Villa Viterba	4.925.000	4.587.544	337.456
120084	Villa Tiburtina	16.116.720	15.012.419	1.104.302
120105	Marsa Polo	2.640.755	2.646.109	194.646
	TOTALE ASL ROMA	30.223.254	28.152.387	2.070.867
120132	Guarnatori	13.182.046	12.380.888	801.166
120166	Neuquistor	19.569.772	12.636.259	929.513
	TOTALE ASL RMB	32.751.818	24.997.147	1.890.671
120089	NCL	3.074.867	2.864.273	210.594
120176	San Luca	3.400.631	3.223.512	177.119
120149	Concordia Hospital	4.297.004	4.002.578	294.426
120155	Chirurgia Andrologica all'EUR	5.023.500	4.679.295	344.205
120187	Pablo Major	11.207.456	10.439.530	767.924
120169	Assunzione	5.023.500	4.679.295	344.205
	TOTALE ASL RMC	32.007.956	29.888.483	2.119.473
120113	Villa Pia	7.561.031	7.042.887	518.094
120171	Citta' di Roma	13.230.818	12.883.144	347.674
120173	Euroquero Hospital	14.771.216	13.789.107	1.012.109
	TOTALE ASL RMD	35.563.065	33.685.208	1.877.857
120027	Villa Aurora	5.780.752	5.384.562	396.091
120118	Santa Pomiglia	6.759.737	6.296.567	463.170
120150	Nuova Villa Claudia	4.789.631	4.481.387	308.174
120163	San Feliciano	11.315.433	10.540.111	775.322
120180	Aurelia Hospital	26.167.848	24.374.853	1.792.995
	TOTALE ASL RME	54.813.302	51.057.549	3.755.753
120140	Siligato	2.193.341	2.043.085	150.256
	TOTALE ASL DMF	2.193.341	2.043.085	150.256
120096	Madonna delle Grazie	16.797.140	10.057.331	732.802
120134	San'Anna	11.861.637	10.583.149	778.488
120176	Istituto Neurotraumatologico Milanese	14.670.792	13.668.564	1.002.228
120280	San Raffaele Montecompatri	3.954.272	1.820.367	1.933.905
	TOTALE ASL RMH	38.783.840	36.126.410	2.657.430
120014	Sanpi Torosa del Trabucchio Good	2.340.820	2.180.437	160.391
120012	Salus	1.983.766	1.847.841	135.926
	TOTALE ASL VOT	4.324.586	4.028.278	296.317
120209	Casa del Sole	6.700.307	6.104.171	596.136
120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	21.845.455	20.385.886	1.459.570
120213	Spa March	1.470.207	1.369.470	100.737
120215	Citta' di Aprilia	9.805.467	9.133.606	671.861
	TOTALE ASL LT	41.861.436	38.993.132	2.868.304
120230	San'Anna	4.728.008	4.404.042	323.966
120234	Villa Glia	3.222.597	3.001.788	220.809
120235	Villa Seregn	2.432.648	2.268.965	163.683
120236	Santa Teresa	3.265.616	3.041.860	223.757
	TOTALE ASL FR	13.648.869	12.715.655	933.214
	TOTALE ACUTI PRIVATI	280.816.568	261.575.298	19.241.270

Handwritten signature

Denominazione Struttura		Budget 2012 DPCA U 0088/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 e. 19	Differenza
120072	San Giovanni Calabria - FBF	51.424.996	47.901.406	3.523.589
120076	Madre Giuseppina Vignati - Figlia di San Camillo	34.891.729	32.800.982	2.090.746
120078	Israellitas *	24.890.191	23.184.740	1.705.451
120071	San Pietro - Fatebenefratelli	53.550.472	49.081.347	3.669.225
120073	San Carlo di Nancy	35.994.684	33.528.364	2.466.320
120074	Celso Ro	22.412.964	20.877.250	1.535.714
120070	Regina Apostolorum	24.988.250	23.276.080	1.712.170
TOTALE ACUTI CLASSIFICATI		248.153.285	231.158.070	17.005.215
120918	Campus Biomedico	74.866.094	60.796.344	14.069.750
120905	Policlinico A. Gemelli	285.000.000	265.472.095	19.527.905
TOTALE ACUTI POL. UNIV. PRIVATI		359.866.094	326.268.439	33.597.655
120910	San Raffaele Pisano	3.886.814	3.689.012	197.802
120911	Istituto Dermopatologico e Dermocolore	32.792.202	30.545.406	2.246.796
TOTALE ACUTI IRCCS PRIVATI		36.679.016	34.234.418	2.444.597
TOTALE ACUTI		924.515.093	861.168.216	63.346.848

* Budget DPCA U 00149/2012

BN

Allegato Budget 2012 Ospedaliere L. 1352012 art.15 c. 14

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA POST-ACUTUE

CODICE REGIONALE	DENOMINAZIONE	Budget 2012 DPCA N.00040012			Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14			Differenza		
		ORD	DI	TOT.	ORD	DI	TOT.	ORD	DI	TOT.
120087	Policlinico Italia	4.179.263	885.184	7.064.438	5.755.087	824.532	4.580.389	423.396	60.681	-484.048
120164	Villa Palati	11.811.130	1.644.306	13.455.435	11.801.892	1.531.040	12.533.482	809.207	112.666	-921.053
120099	Neurologie Centro of Lattuada	798.901	109.614	908.515	746.162	182.104	846.266	54.740	7.511	-62.351
120135	Mater Misericordiarum	2.078.919	-	2.078.919	2.495.362	-	2.495.362	103.567	-	183.569
120130	Villa Sordani	11.369.495	1.571.378	12.940.872	10.890.468	1.463.708	12.054.176	779.026	187.669	-884.696
120161	San Raffaele - Poma	2.244.817	1.035.561	4.280.378	2.216.013	983.216	4.109.229	530.884	72.325	-609.127
120146	Santa Rita di Caselli	3.587.240	-	3.587.240	2.409.969	-	2.409.969	177.275	-	177.275
120179	Aspide del Buon Pastore	3.982.810	426.925	3.919.735	3.244.172	406.987	3.681.159	338.639	29.938	-268.676
120188	Arcella Hospital	4.175.252	541.265	4.716.517	3.889.362	804.457	4.393.720	186.091	27.107	-323.100
120320	Popol. Don C. Grossi	1.779.550	-	1.779.550	1.657.624	-	1.657.624	121.924	-	121.924
120084	Medhaus Hotel Montepell	7.603.483	1.087.934	8.691.417	7.165.323	1.013.398	8.179.723	627.180	74.544	-601.694
120186	Nonsentium Hospital	9.423.213	-	9.423.213	6.777.944	-	6.777.944	645.669	-	645.669
120189	Villa Dante	4.280.871	537.977	4.748.848	3.214.893	301.116	4.316.010	287.977	36.862	-324.038
120276	Villa Larian	1.756.665	-	1.756.665	1.636.300	-	1,636,300	120.365	-	120.365
120082	Villa della Querce	12.283.097	536.579	12.820.515	11.442.264	490.813	11.943.466	841.403	36.766	-878.449
120131	Villa del Plat	2.511.189	332.747	2.843.936	2.327.254	309.947	2.667.702	176.435	22.799	-186.334
120176	INI	7.106.934	1.067.681	8.174.615	6.675.663	994.431	7.670.295	491.071	73.150	-664.217
120289	San Raffaele - Montecampitoli	7.332.690	984.104	8.316.794	6.804.262	917.607	7.747.869	503.429	67.490	-569.917
120015	Villa Immacolata	9.000.250	-	9.000.250	8.458.174	-	8.458.174	621.177	-	621.177
120212	ICOP	8.801.910	1.354.567	10.156.477	9.150.293	1.261.740	10.392.037	671.017	92.813	-764.430
120274	I.P.C. FRANCESCHINI	6.756.489	-	6.756.489	6.287.983	-	6.287.983	462.537	-	462.537
120278	Villa Silvana	2.335.763	351.040	2.686.813	2.175.719	328.300	2.504.018	180.044	24.149	-184.194
120277	San Raffaele - Casasco	11.426.964	1.651.317	13.078.281	10.636.611	1.538.170	12.176.581	762.853	113.147	-895.760
120279	INI CHIA BLANCO	8.278.924	2.280.219	10.559.143	9.211.670	2.127.716	9.839.386	567.264	156.513	-733.777
	TOTALE RIABILITAZ. PRIVATI	158.608.873	16.434.908	169.103.861	143.288.164	16.308.879	157.517.034	10.460.718	1.176.109	-11.586.827
120915	Campio	935.239	-	935.239	871.157	-	871.157	64.082	-	64.082
120905	Quindici	3.601.037	-	3.601.037	3.354.298	-	3.354.298	246.739	-	246.739
	TOTALE RIABILITAZ. POL. UNIV. PRIV.	4.536.276	-	4.536.276	4.225.455	-	4.225.455	310.821	-	310.821
120910	San Raffaele Plesano	21.621.136	3.016.685	24.637.821	20.139.677	2.875.170	23.014.847	1.481.659	211.498	-1.693.854
120909	Santa Lucia	13.255.803	2.090.613	15.346.416	12.468.696	1.947.369	14.306.063	915.126	103.247	-1.058.573
120907	Santa Lucia	21.449.736	-	21.449.736	19.980.022	-	19.980.022	1.469.714	-	1.469.714
	TOTALE RIABILITAZ. IRCCS PRIV.	56.426.674	5.107.298	61.533.972	52.588.375	4.822.539	57.382.911	3.866.299	354.742	-4.221.061
	TOTALE RIABILITAZIONE	313.631.823	21.612.209	335.244.032	298.892.964	20.131.416	310.125.400	14.627.839	1.490.861	-16.118.630

Allegato Budget 2012 Ospedaliere L. 135/2012 art. 15 e. 14

LUNGOGENZA MEDICA POST-ACQUIZIE

ASL	Istituto		A		B	C = (B - A)
			Budget 2012 U 0094/2012	DPCA	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 e. 14	Differenza
101	079	Villa Domitia		1.038.818	964.845	70.973
103	139	Clinica Latina		1.479.740	1.378.380	101.390
104	113	Villa Pia		1.972.987	1.837.800	135.187
104	262	Villa Maria Immacolata		2.071.637	1.929.690	141.946
105	179	Assole del Buon Pastore		2.318.260	2.159.415	158.845
105	264	Villa Verde		2.959.481	2.756.700	202.781
106	197	Clinico Santa Vito		1.085.143	1.010.790	74.353
107	186	Nauontano Hospital		4.833.810	4.502.610	331.200
108	082	Villa della Querce		2.712.857	2.526.975	185.882
108	122	San Raffaele Rocca al Papa		4.685.845	4.364.775	321.069
108	131	Villa del Pino		2.762.162	2.572.920	189.262
109	015	Villa Immacolata		1.529.065	1.424.295	104.770
113	377	San Raffaele Cassino		3.403.403	3.170.205	233.198
		TOTALE		32.850.238	30.599.372	2.250.865

Allegato Finanziamento 2012 funzioni assistenziali ospedaliere ai sensi dell'art. 4 - sezione centro 2 del D.lgs 502/92 e delle funzioni di difficoltà e vicine connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.lgs 517/99 - L. 125/2012 art. 15 c. 14

QUOTA FINALIZZATA PER FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI CONNESSI ALL'ATTIVITA' DI ASSISTENZA PER L'EMERGENZA, L'URGENZA E PER LE RETI REGIONALI DI EMERGENZA

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012	L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	2.911.144,80	2.911.144,80	2.711.675,37	-	199.469,43
103	076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI - FIGLIE S. CAMILLO	3.126.398,00	3.126.398,00	2.917.248,85	-	219.149,15
105	071	OSPEDALE SAN PIETRO PATEBENEFRATELLI	3.219.618,00	3.219.618,00	2.999.012,09	-	220.605,91
105	188	AURELIA HOSPITAL	2.521.096,80	2.521.096,80	2.349.004,51	-	172.092,29
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	41.756.706,00	41.756.706,00	38.895.576,26	-	2.861.129,74

QUOTA FINALIZZATA PER FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA CONNESSI ALLE ATTIVITA' DI TERAPIA INTENSIVA, TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E DI UNITA' CORONARICA

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012	L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	7.061.175,62	7.061.175,62	7.043.091,89	-	18.083,73
102	166	CASA DI CURA NUOVA TOR	491.803,25	491.803,25	456.105,41	-	35.697,84
103	076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI - FIGLIE S. CAMILLO	2.742.849,20	2.742.849,20	2.564.632,47	-	178.216,73
103	915	POL. UNIV. NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	1.638.991,82	1.638.991,82	1.523.895,30	-	115.096,52
104	171	CITTA' DI ROMA	923.206,56	923.206,56	916.210,82	-	6.995,74
104	173	EUROPEAN HOSPITAL	2.945.791,81	2.945.791,81	2.743.948,35	-	201.843,46
105	071	OSPEDALE SAN PIETRO PATEBENEFRATELLI	7.234.982,99	7.234.982,99	6.739.249,19	-	495.733,80
105	074	OSP. GEN. DI ZONA 'CRISTO RE'	2.453.987,74	2.453.987,74	2.285.842,84	-	168.144,90
105	180	AURELIA HOSPITAL	6.770.395,81	6.770.395,81	6.306.401,82	-	463.993,99
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	27.480.524,33	27.480.524,33	25.405.036,13	-	2.075.488,20
108	134	CASA DI CURA S. ANNA - POMEZIA	491.803,28	491.803,28	458.105,41	-	33.697,87

QUOTA FINALIZZATA PER FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA CONNESSI AI PROGRAMMI DI ASSISTENZA A MALATTIE RARE

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012	L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	172.000,00	172.000,00	160.214,71	-	11.785,29
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	2.166.400,00	2.166.400,00	2.017.960,44	-	148.439,56
105	911	ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA	708.400,00	708.400,00	669.801,14	-	38.598,86

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI DI FUNZIONAMENTO DEI CENTRI REGIONALI DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI DI ORGANO, PER L'ATTIVITA' DI SEGNALAZIONE DEI POTENZIALI DONATORI DI ORGANO E PER ATTIVITA' DI TRAPIANTI

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012	L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	47.060,84	47.060,84	45.836,04	-	1.224,80
103	915	POL. UNIV. NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	433.545,34	433.545,34	394.524,35	-	39.020,99
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	5.826.678,44	5.826.678,44	5.436.752,27	-	389.926,17

QUOTA FINALIZZATA A FUNZIONE PER IL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI CONNESSI ALLE ATTIVITA' DEI CENTRI REGIONALI DI RIFERIMENTO

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012	L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
105	089	FONDAZIONE SANTA LUCIA	1.700.000,00	1.700.000,00	1.863.517,70	-	116.482,30
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	1.700.000,00	1.700.000,00	1.580.517,70	-	119.482,30

EW

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA PER I PROGRAMMI DI ASSISTENZA AD ELEVATO GRADO DI PERSONALIZZAZIONE DELLA PRESTAZIONE O DEL SERVIZIO RESO ALLA PERSONA - ASSISTENZA RIABILITATIVA POST-ACUZIA

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
103	909	FONDAZIONE SANTA LUCIA	10.828.869,56	10.079.434,71		741.435,19	
112	177	SAN RAFFAELE CASSINO	3.006.870,67	2.808.842,34		196.827,73	

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE BROCCATE DA STRUTTURE OSPEDALIERE CARATTERIZZATE DA ELEVATA COMPLESSITA' ORGANIZZATIVA

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
105	986	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	25.444.617,00	23.701.177,29		1.743.439,71	

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA PER I PROGRAMMI A FORTE INTEGRAZIONE PIA ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE, SANITARIA E SOCIALE - ATTIVITA' LEGATE ALL'ASSISTENZA DEI CASI DI AIDS E ALLE PERSONE HIV POSITIVE

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
105	985	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	1.312.568,48	1.322.652,66		99.935,88	

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DELLA FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	073	OSP. S. GIOVANNI CALABITA PATEBENEFRATELLI	46.250,40	42.149,89		2.100,51	
103	076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI - FIGLIE S. CAMILLO	31.764,70	29.978,99		1.785,80	
103	909	FONDAZIONE SANTA LUCIA	107.701,30	109.321,71		7.379,29	
103	915	POL. UNIV. NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	70.129,30	65.320,81		4.808,89	
104	916	IRCCS SAN RAFFAELE PIENA	71.977,38	67.045,49		4.931,81	
105	071	OSPEDALE SAN PIETRO PATEBENEFRATELLI	60.463,19	56.692,82		4.170,28	
105	986	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	728.249,80	676.342,47		49.898,33	
105	911	ISTITUTO DERMATOLOGICO DELL'IMMACOLATA	152.687,16	142.725,13		10.461,97	
108	070	REGINA APOSTOLORUM	10.849,30	10.106,10		743,40	
108	174	INI	19.587,10	18.240,36		1.346,75	
109	015	VILLA IMMACOLATA	18.788,20	17.500,85		1.287,35	
112	177	SAN RAFFAELE CASSINO	38.106,60	35.494,64		2.610,96	

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI ASSISTENZA NELLE STRUTTURE CON PRESENZA PERCORSI UNIVERSITARI FACOLTA' DI MEDICINA

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzione 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
103	915	POL. UNIV. NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	7.088.362,00	6.528.351,29		479.999,71	
105	986	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	25.148.882,80	23.422.911,31		1.725.970,69	
			201.181.409,41	187.196.688,17		13.784.751,05	

BW



REGIONE
LAZIO

Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale
Area Pianificazione Strategica

Prot. 4155 DB 07/09

Roma, 09/01/2013

Al Direttore Regionale
Direzione Regionale Bilancio,
Regioneria, Finanza E Tributi
c/a Dott. Marafini

Al Dirigente
dell'Area Risorse Finanziarie
c/a Dott. Frangione

Al Direttori Generali
ASL del Lazio

Direttore Generale
ASP - Lazio Sanità

Policlinici
Universitari non Statali:
A. Gemelli
Campus BioMedico

Ospedali Classificati:
San Giovanni Calibita
Madre Giuseppina Vannini
Israelitico
Cristo Re
San Carlo di Nancy
San Pietro Fatebenefratelli
Regina Apostolorum

Ircs Privati:
Santa Lucia
San Raffaele Pisana
IDI
Villa Paola IDI

Associazioni
AGCI Lazio
AIOP
ARIS
ANISAP
Confindustria
Confsalute
Don Gnocchi
Fenascop
FOAI
Federlazio Salute
Federlazio Ursap
Federlab
LAISAN
Lega Coop
ANTEA
Confcooperative Lazio

Oggetto: Decreto del Commissario ad acta n.U00428 del 24 dicembre 2012

Si trasmette ai destinatari in indirizzo, per opportuna conoscenza e quanto c. competenza il decreto n.U00428 del 24 dicembre 2012 recante: Definizione budget provvisori I trimestre 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali.

Le Aziende Sanitarie Locali sono pregate di notificare il decreto U00428 del 24/12/2012 di cui è stata richiesta la pubblicazione sul BURL, alle strutture afferenti sul proprio territorio.

Il Dirigente dell'Area
(Dr. Emidio Di Virgilio)

Emidio Di Virgilio

Il Direttore Regionale
(Prof. Ferdinando Romano)

Ferdinando Romano

REGIONE LAZIO

Decreto del Commissario ad acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012)

N. 000428 del 24 DIC. 2012

Proposta n. 26988 del 20/12/2012

Oggetto:

Definizione budget provvisorio I trimestre 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali
Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali.

OGGETTO: Definizione budget provvisori I trimestre 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale n. 3 del 2001;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n.6 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n.1 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento all'art. 98;

CONSIDERATO che la Regione Lazio, avendo maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 ed avendo accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza, si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 della Legge n. 311 del 2004 - legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del Piano di Rientro con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, approvato con DGR. n.149 del 6 marzo 2007;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato - Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

PRESO ATTO che con deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 Aprile 2010 la presidente Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dei disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

PRESO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 è stato stabilito di rimodulare le funzioni conferite al Dott. Giuseppe Antonio Spata con la deliberazione del 3 Marzo

2011, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicate nella medesima deliberazione del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con la medesima deliberazione il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dei disavanzi e di riqualificazione del SSF Laziale, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicati nella stessa deliberazione del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012 al Dott. Enrico Bondi è stato conferito l'incarico di Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, fino alla data di insediamento del nuovo presidente della Giunta della Regione Lazio e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 21 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni" il quale, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RILEVATO quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 8 quater del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 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;

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale che indicano, tra l'altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti o 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);

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2-quater del D.Lgs. 502/92 il quale prevede che: "Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ... e contratti con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di

cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata e prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis";

VISTO l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs 502/92, che a tal proposito, 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;

RILEVATO quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/1992 in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza TAR Lazio n. 1911/07, ne richiamare la decisione del Consiglio di Stato n. 499/03, ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica;

RILEVATO inoltre, come, ai sensi della Sentenza del Consiglio di Stato, sez V, 26 novembre 2008 n. 5847, il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati non lede alcun affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha ribadito che: "...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";

RILEVATO altresì come la stessa sentenza del consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 abbia rilevato come "...ovvi principi di buona amministrazione rendono opportuna l'esplicazione sia pure provvisoria di scelte programmatiche all'inizio dell'anno. Si deve, a riguardo, convenire con l'indirizzo giurisprudenziale (Cons. di Stato sez V n. 1252/2011; sez III n. 4551 e n. 6811 del 2011) che valuta favorevolmente l'adozione di determinazioni che, nell'esplicazione di una discrezionalità piena in quanto orientata verso le prestazioni future stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti provvisori sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore ed alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva,"

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 90 del 7 Giugno 2012 avente ad oggetto "Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni neuropsichiatriche con onere a carico del SSI erogate da strutture private";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 91 del 7 Giugno 2012 avente ad oggetto: *Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni hospice con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private*”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 92 del 7 Giugno 2012 avente ad oggetto *“Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 (Legge 833/78) con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 93 del 7 Giugno 2012 avente ad oggetto: *“Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni di RSA con onere a carico del SSR erogate da strutture private e pubbliche”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 348 del 22 Novembre 2012 avente ad oggetto *“Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianze dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza specialistica anno 2012”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 349 del 22 Novembre 2012 avente ad oggetto: *“Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianze dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza ospedaliera anno 2012”*;

PRESO ATTO della note prot. 231126 del 13/12/2012 e prot. 234693 del 19/12/2012;

PRESO ATTO della nota della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR, prot. 235719 del 20/12/2012 recante: *“Retifica nota prot. 234007 DB/07/09 del 19/12/2012 - Budget provvisori Primo Trimestre 2013 strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, IRCCS Privati, Ospedali Classificati, Policlinici Universitari non statali”* con cui è stato comunicato a soggetti coinvolti, che, nelle more della predisposizione dei provvedimenti di budget 2013, al fine della salvaguardia della continuità assistenziale, è in fase di predisposizione il decreto Commissariale di definizione dei budget provvisori I trimestre 2013 nella misura dei tre dodicesimi del 99% del budget 2012;

PRESO ATTO che la suddetta nota ha altresì specificato che il decreto di proroga riguarderà esclusivamente le strutture che hanno sottoscritto accordi e contratti per l'anno 2012, riservandosi la Regione di assumere ulteriori determinazioni entro il 31/01/2013 in ordine alle strutture che non li hanno sottoscritti;

RITENUTO pertanto, al fine della salvaguardia della continuità assistenziale, di dove provvisoriamente determinare per le strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, per gli Ospedali Classificati, gli IRCCS privati e per i Policlinici Universitari non statali il budget del trimestre 2013, relativamente a ciascuna tipologia assistenziale erogata, in misura pari a tre dodicesimi del 99 % del relativo budget 2012;

CONSIDERATO che il presente decreto è applicabile alle strutture che hanno sottoscritto accordi e contratti per l'anno 2012;

PRESO ATTO della Determinazione B07664 del 18 Ottobre 2012, che dispone la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio per le attività svolte presso la Struttura Sorriso sul Mare sita in Via Appia Nuova, 72 - 04023 Formia (LT), fino alla dimostrazione del possesso integrale dei requisiti minimi autorizzativi previsti dalla normativa vigente per le attività riconvertite di cui al DCA n. 101/2010;

RITENUTO pertanto di non procedere all'attribuzione del budget provvisorio di cui al presente decreto alla Casa di Cura Sorriso sul Mare;

PRESO ATTO del trasferimento dell'attività della Casa di Cura Villa del Fiori, per cui la stessa non è destinataria della proroga del budget 2012 di cui al presente decreto;

RITENUTO che la proroga dei budget 2012 di cui al presente decreto debba riguardare anche le strutture e relativi budget 2012 di cui agli eventuali provvedimenti commissariati di attribuzione a seguito di riconversione, ridefinizione, riattribuzione dei tetti di spesa, ferma restando la sottoscrizione dei relativi contratti;

RIBADITO che i suddetti budget I trimestre 2013 sono considerati provvisori, salvo conguaglio all'interno dei volumi che saranno definiti per l'intero anno 2013;

RIBADITO che la proroga dei budget di cui al presente decreto è attuata esclusivamente, nella salvaguardia della tutela della salute della popolazione, ai fini della continuità assistenziale, per cui, nelle more del completamento dell'accredimento definitivo e del riassetto della rete laboristica, non costituisce in alcun modo presupposto ai fini dell'attribuzione dei budget 2013;

CONFERMATO che per quanto non regolamentato nel presente provvedimento deve considerarsi vigente la disciplina prevista nei relativi provvedimenti di definizione dei budget per l'anno 2012;

RIBADITO che la definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;

STABILITO che, le prestazioni oggetto di mobilità regionale ed extraregionale, saranno remunerate per ciascun profilo assistenziale, secondo le modalità previste dai relativi decreti di remunerazione 2012;

STABILITO che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al Budget assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività svolte effettivamente, in applicazione della vigente normativa nazionale e regionale sui controlli;

RITENUTO le competenti Aziende Sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate ed accreditate;

DECRETA

le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

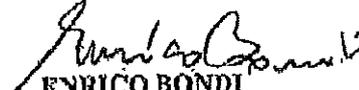
1. di dover provvisoriamente determinare, al fine della salvaguardia della continuità assistenziale, i budget provvisori del I trimestre 2013 per le strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, per gli Ospedali Classificati, gli IRCCS privati e per i Policlinici Universitari non statali, relativamente a ciascuna tipologia assistenziale erogata, in misura pari a tre dodicesimi del 99 % del relativo budget 2012;
2. che il presente decreto è applicabile alle strutture che hanno sottoscritto accordi e contratti per l'anno 2012, riservandosi la Regione di assumere ulteriori determinazioni, entro il 31.01.2013, in ordine alle strutture che non li hanno sottoscritti;
3. di non precludere, a seguito della determinazione B07664 del 18 Ottobre 2012, all'attribuzione del budget provvisorio di cui al presente decreto alla Casa di Cura di Cura Sorriso sul Mare;
4. che, a seguito del trasferimento dell'attività della Casa di Cura Villa dei Fiori, la stessa non è destinataria della proroga del budget 2012 di cui al presente decreto;
5. che la proroga del budget 2012 di cui al presente decreto debba riguardare anche le strutture o relativi budget 2012 di cui agli eventuali provvedimenti commissariali di attribuzione a seguito di riconversione, ridefinizione, riallocazione dei tetti di spesa 2012, ferma restando la sottoscrizione dei relativi contratti;
6. che i suddetti budget I trimestre 2013 sono considerati provvisori, salvo conguaglio all'interno dei volumi che saranno definiti per l'intero anno 2013;
7. che la proroga del budget di cui al presente decreto è attuata esclusivamente, nella salvaguardia della tutela della salute della popolazione, ai fini della continuità assistenziale, per cui, nelle more del completamento dell'accredimento definitivo e del riassetto della rete laboristica, non costituisce in alcun modo presupposto ai fini dell'attribuzione del budget 2013.
8. che per quanto non regolamentato nel presente provvedimento deve considerarsi vigente la disciplina prevista nei relativi provvedimenti di definizione dei budget per l'anno 2012;
9. che la definizione del budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
10. che le prestazioni oggetto di mobilità regionale ed extraregionale saranno remunerate per ciascun profilo assistenziale secondo le modalità previste dai relativi decreti di remunerazione 2012;
11. che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al Budget assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività svolte effettivamente, in applicazione della vigente normativa nazionale e regionale sui controlli;

BV

12. che le competenti Aziende sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate ed accreditate;

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

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.


ENRICO BONDI





Regione Lazio

Atti del Presidente della Regione Lazio

Decreto del Commissario ad Acta 7 giugno 2012, n. U00088

Remunerazione per l'anno 2012 dei ricoveri ospedalieri per acuti con onere a carico del SSR erogati da strutture pubbliche e private.

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 Aprile 2010)

Oggetto: Remunerazione per l'anno 2012 dei ricoveri ospedalieri per acuti con onere a carico del SSR erogati da strutture pubbliche e private.

LA PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

PRESO ATTO che con deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 Aprile 2010 la presidente Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 è stato riformulato il mandato conferito al Presidente pro tempore della Regione Lazio – Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario;

PRESO ATTO che con la medesima deliberazione è stato stabilito di rimodulare le funzioni conferite al Dott. Giuseppe Antonio Spata con la deliberazione del 3 Marzo 2011, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicate nella medesima deliberazione del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con la medesima deliberazione il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dei Disavanzi e di riqualificazione del SSR Laziale, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico Commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 Aprile 2010 con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicati nella stessa deliberazione del 20 gennaio 2012;

VISTO il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002 e s.m.i., con particolare riferimento all'art. 98;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge dello Stato n. 311 del 30/12/2004 – legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro con l'individuazione degli interventi per il perseguimento

dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, approvato con DGR n. 149 del 06.03.2007;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato - Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni" il quale, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RILEVATO quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 8 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 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;

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale che indicano, tra l'altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 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);

VISTO l'art. 8-quinquies, comma 2-quater del D.Lgs. 502/92 il quale prevede che: "Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ... e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis";

VISTO l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs 502/92, che a tal proposito, 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;

RILEVATO quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/1992 in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza TAR Lazio n. 1911/07, nel richiamare la decisione del Consiglio di Stato n. 499/03, ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica;

RILEVATO inoltre, come, ai sensi della Sentenza del Consiglio di Stato, sez V, 26 novembre 2008 n. 5847, il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati, non lede alcun affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha ribadito che: "...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";

VISTO il Decreto commissariale n. U0017 del 9 marzo 2010 avente ad oggetto: "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A, numero 1) della L.R. 4/2003";

VISTO il Decreto commissariale n. U0111 del 31.12.2010 avente ad oggetto: "Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012" - Integrazioni e modifiche.";

VISTO il Decreto commissariale n. U0080 del 30.09.2010 avente ad oggetto: "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";

VISTI i seguenti Decreti del Commissario ad Acta concernenti le reti di specialità:

- n.56/2010 recante oggetto "Rete dell'Assistenza perinatale"
- n.57/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale delle Malattie Emorragiche Congenite"
- n.58/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale delle Malattie infettive"
- n.59/2010 recante oggetto "Rete oncologica"
- n.73/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale dell'Emergenza"
- n.74/2010 recante oggetto "Rete dell'Assistenza Cardiologica e cardiocirurgica"
- n.75/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto"
- n.76/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale Trauma Grave e Neuro-trauma"
- n.77/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale della Chirurgia Plastica"
- n.78/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale della Chirurgia Maxillo Facciale"
- n.79/2010 recante oggetto "Rete Assistenziale della Chirurgia della Mano"

VISTO il Decreto commissariale n. U0113 del 31.12.2010 avente ad oggetto: "Programmi Operativi 2011 - 2012" ed il Decreto commissariale avente ad oggetto: "Attualizzazione Programmi Operativi 2012";

PRESO ATTO delle avvenute intese di riconversione sottoscritte con le strutture private ai sensi di quanto previsto nel Decreto commissariale n. U0080/2010 e ratificate con relativi decreti commissariali;

VISTO l'art. 1 comma 22 della L.R. 3 del 10 Agosto 2010, così come modificato dall'art. 1, comma 123, lettera b della L.R. n. 12 del 13 agosto 2011 il quale cita "La corretta presentazione nei termini delle domande di cui ai commi da 18 a 21 costituisce titolo per l'accreditamento istituzionale definitivo, condizionato alla verifica di cui ai commi 23 e 24, a decorrere dal 1° gennaio 2011; la verifica deve concludersi entro e non oltre il 31 dicembre 2011. Il riconoscimento dell'accreditamento avviene mediante l'adozione di provvedimento amministrativo di ricognizione delle domande

regolarmente presentate, entro il termine del 31 dicembre 2010 e dei singoli provvedimenti di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento definitivo istituzionale, da adottarsi entro il termine del 31 luglio 2012 per le strutture private ospedaliere ed ambulatoriali e 31 dicembre 2012 per tutte le altre strutture sanitarie e socio sanitarie private”;

RILEVATO che nei sopra menzionati decreti commissariali di ratifica delle intese di riconversione è previsto che:

- “ ... le attività sanitarie oggetto delle intese ... potranno essere effettuate solo in presenza dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento previsti dalla normativa vigente;
- di dare mandato alla Direzione Regionale competente in materia di autorizzazione ed accreditamento di attuare il presente provvedimento nell'ambito del procedimento di accreditamento istituzionale delle strutture oggetto delle intese allegate al presente atto”;

VISTO l'Atto di Organizzazione n. B7446 del 30.09.2011 del Direttore del Dipartimento, recante “Direttiva al Direttore della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale” per l'istituzione di un'Area denominata “Ufficio Speciale Temporaneo per l'Attuazione della L.R. n.12/2011” e conseguente soppressione di un Ufficio”;

VISTA la Determinazione Regionale n. B7691 del 07/10/2011 avente ad oggetto: “Istituzione Area denominata – Ufficio Speciale Temporaneo per l'attuazione della L.R. n. 12/2011” della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR. con cui è stata istituita la nuova area con il compito di :

- curare l'attuazione della L.R. n.12/2011, con riferimento alla procedura per la conferma delle autorizzazioni e rilascio degli accreditamenti istituzionali definitivi, ivi inclusi gli adempimenti connessi al rilascio dei provvedimenti finali;
- svolgere l'istruttoria e provvedere su tutte le domande presentate dalle strutture coinvolte nella suddetta procedura e volte ad ottenere l'ampliamento, la trasformazione, il trasferimento o la rimodulazione della struttura, il trasferimento della titolarità, cessione dell'autorizzazione all'esercizio;
- vigilare sulle strutture ai fini dell'adozione di eventuali provvedimenti di sospensione, revoca e decadenza dell'autorizzazione all'esercizio, nonché sospensione e revoca dell'accredimento;
- curare l'attuazione delle intese di riconversione sottoscritte dagli erogatori privati e ratificate con Decreto del Commissario ad Acta in conseguenza dei DCA n. 80 e 81 del 2010 e successive modificazioni e integrazioni, ivi incluse gli accordi di riorganizzazione e comunque modificativi dei sopra citati decreti commissariali, ivi inclusi gli adempimenti connessi al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e dell'accredimento istituzionale;

VISTI i decreti commissariali relativi all'assegnazione agli erogatori privati dei livelli massimi di finanziamento per l'anno 2011;

PRESO ATTO del Decreto Commissariale n. U0108 del 24.11.2011 avente ad oggetto: *"Attuazione del Decreto del Presidente nella qualità di Commissario ad Acta n.62/2011. Rilascio di titolo autorizzativo e di accreditamento istituzionale definitivo alla casa di cura San Raffaele Montecompatri gestita dalla San Raffaele S.p.A. (con sede legale in Roma, Via di Val Cannuta n.247) ed ubicata in Montecompatri, Via S. Silvestro n.67, CAP 00040, codice struttura 120280"*;

PRESO ATTO del Decreto Commissariale n. U00040 del 26.03.2012 avente ad oggetto: "DCA n. 58/2009: "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica - L. 133/08, art. 79, comma 1 septies". Modifiche ed integrazioni";

CONSIDERATO che la programmazione regionale si conforma ai principi di appropriatezza, qualificazione e efficienza dell'attività richiamati nei Programmi Operativi 2012 ;

VISTA la nota prot. n. DB36812 del 24 febbraio 2012 del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale - Area "Ufficio Speciale Temporaneo per l'attuazione della L.R. n. 12/2011" con cui, in riferimento all'attribuzione del livello di finanziamento per il 2012 alle strutture private che svolgono prestazioni a carico del SSR afferma: *" poiché la definizione dei budget dovrà avvenire nelle more della conclusione dell'iter di accreditamento istituzionale, i tetti di spesa dovranno riguardare le medesime strutture oggetto dei provvedimenti di budget dell'anno 2011....."*;

PRESO ATTO dell'informativa fornita, dei criteri presentati e dell'accettazione degli stessi sottoscritta dalle Associazioni di categoria AIOP, ARIS, Confindustria Lazio, Federlazio Salute e Confsalute in cui è previsto quanto segue:

"...Per l'anno 2012 si prende a riferimento il finanziamento 2011 della singola struttura,

Il livello massimo di finanziamento delle strutture oggetto di riconversione ai sensi del DPCA 80/10, le cui intese sono state ratificate con successivi provvedimenti, è posto in accantonamento in attesa della definizione dei relativi procedimenti amministrativi di cui alle norme che regolamentano la concessione dei titoli definitivi di autorizzazione ed accreditamento;

I tetti di spesa di cui sopra sono comprensivi delle prestazioni erogate ai fuori regione;

RITENUTO di determinare il tetto di spesa 2012 in misura pari al tetto 2011 al quale viene applicata una decurtazione fino ad un massimo del 3% laddove il case mix della

produzione valutata per singola disciplina sia inferiore al valore di case mix regionale di riferimento;

RITENUTO di non applicare tale decurtazione ai livelli massimi di finanziamento delle strutture con Pronto Soccorso/DEA;

RILEVATO che ai sensi del sopra citato Decreto commissariale n. U0108/2011 la Casa di Cura San Raffaele Montecompati risulta essere accreditata istituzionalmente per 15 posti letto di medicina generale;

RITENUTO di determinare, sulla base dei criteri sopra richiamati, per singole strutture private, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali il budget 2012 di assistenza ospedaliera per acuti come definito nell'allegato "Tetti Acuti 2012", che fa parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di rinviare a successivo provvedimento la determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni oggetto delle intese di riconversione/riorganizzazione ai sensi del DPCA 80/10 e s.m.i., ratificate con specifici decreti commissariali;

SPECIFICATO che, relativamente alle intese di cui sopra, il riconoscimento definitivo del budget avverrà mediante specifico provvedimento regionale solo a seguito della definizione dei relativi procedimenti amministrativi di cui alle norme che regolamentano la concessione dei titoli definitivi di autorizzazione ed accreditamento;

RITENUTO che i budget annuali 2012 di prestazioni per acuti, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi e relativa sottoscrizione dei contratti/accordi;

CONFERMATO che i budget 2012, di cui al presente decreto, sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

CONFERMATO che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;

RITENUTO che, nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, le strutture sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo

stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 15% dei ricoveri 2011 della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R.;

STABILITO che la remunerazione per l'anno 2012 dei ricoveri ospedalieri per acuti di cui al presente decreto, non è comprensiva del neonato sano;

STABILITO che le funzioni non remunerate a tariffa sono definite con apposito decreto;

RIBADITO che la definizione del budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;

RITENUTO che il criterio adottato con il presente decreto per la determinazione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni ospedaliere per acuti è applicato anche alle strutture pubbliche prendendo a riferimento la valorizzazione della produzione 2011 certificata dall'ASP, che dovrà trovare riscontro in contabilità a ricavo nei conti economici per le strutture pubbliche aziendalizzate ovvero nei conti presidi per le altre strutture pubbliche;

RITENUTO di adottare uno schema di contratto/accordo per l'anno 2012, allegato come parte integrante del presente decreto, con la denominazione "Schema di contratto/accordo 2012";

STABILITO altresì che i contratti e gli accordi 2012 si riferiscono al periodo dal 01.01.2012 al 31.12.2012;

RITENUTO che le Aziende Sanitarie Locali dovranno sottoscrivere e far sottoscrivere gli schemi di contratto/accordo ai singoli soggetti erogatori - ad eccezione dei Policlinici Universitari non statali per i quali provvederà direttamente la Regione - entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento;

STABILITO che decorsi i 15 giorni di cui al precedente punto, le Asl, entro i successivi 3 giorni lavorativi, dovranno inviare una copia in originale dei contratti/accordi sottoscritti dall'erogatore alla Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R. - Area Pianificazione Strategica - del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio;

RITENUTO che, in caso di mancata sottoscrizione del contratto/accordo nei tempi stabiliti, la ASL dovrà inviare immediatamente all'interessato atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto/accordo, entro 15 giorni dall'invio della

diffida stessa. Nel caso, alla scadenza del termine fissato non fosse intervenuta la sottoscrizione del contratto/accordo, la ASL dovrà procedere a:

- a) inviare alla Direzione Programmazione e Risorse del SSR la comunicazione della mancata sottoscrizione del contratto/accordo ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;
- b) sospendere contestualmente la procedura di liquidazione delle fatture delle prestazioni fino ad allora rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta;

STABILITO che al ricevimento della comunicazione dalla ASL, la Regione dovrà comunicare all'interessato ed alla ASL stessa l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento in applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92 ;

RIBADITO quanto previsto dall'art. 8-quater, comma 2, D.Lgs. 502/92;

DECRETA

le premesse sono parti integranti del presente provvedimento;

1. di determinare, per tutte le strutture private erogatrici di prestazioni per acuti a carico del SSR, il tetto di spesa 2012 in misura pari al tetto 2011, al quale viene applicata una decurtazione fino ad un massimo del 3% laddove il case mix della produzione valutata per singola disciplina sia inferiore al valore di case mix regionale di riferimento;
2. di adottare ai sensi del criterio di cui sopra l'allegato "Tetti Acuti 2012", che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
3. di non applicare la decurtazione di cui sopra ai livelli massimi di finanziamento delle strutture con Pronto Soccorso/DEA;
4. di rinviare a successivo provvedimento la determinazione dei tetti di spesa di acuti per le prestazioni oggetto delle intese di riconversione/riorganizzazione ai sensi del ai sensi del DPCA 80/10 c s.m.i., le cui intese sono state ratificate con specifici decreti commissariali;

5. che, relativamente alle intese di cui sopra, il riconoscimento definitivo del budget avverrà mediante specifico provvedimento regionale solo a seguito della definizione dei relativi procedimenti amministrativi di cui alle norme che regolamentano la concessione dei titoli definitivi di autorizzazione ed accreditamento;
6. che i budget annuali 2012 di prestazioni per acuti, di cui al presente decreto, ricomprendono comunque la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei budget medesimi e relativa sottoscrizione degli accordi/contratti;
7. che i budget 2012, di cui al presente decreto, sono comprensivi anche delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);
8. che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;
9. che, nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, le strutture sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 15% dei ricoveri 2011 della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R.;
10. che la remunerazione per l'anno 2012 dei ricoveri ospedalieri per acuti di cui al presente decreto, non è comprensiva del neonato sano;
11. che le funzioni non remunerate a tariffa sono definite con apposito decreto;
12. di ribadire che la definizione del budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento;
13. che all'Erogatore viene riconosciuta la produzione entro Budget da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

14. che il criterio adottato con il presente decreto per la determinazione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni ospedaliere per acuti è applicato anche alle strutture pubbliche prendendo a riferimento la valorizzazione della produzione 2011 certificata dall'ASP, che dovrà trovare riscontro in contabilità a ricavo nei conti economici per le strutture pubbliche aziendalizzate ovvero nei conti presidi per le altre strutture pubbliche;
15. di adottare l'allegato "Schema di contratto/accordo 2012", parte integrante del presente decreto;
16. di dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali a sottoscrivere e far sottoscrivere gli schemi di contratto/accordo ai singoli soggetti erogatori - ad eccezione dei Policlinici Universitari non statali per i quali provvederà direttamente la Regione - entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento;
17. di stabilire che decorsi i 15 giorni di cui al precedente punto, le Asl, entro i successivi 3 giorni lavorativi, dovranno inviare una copia in originale dei contratti/accordi sottoscritti dall'erogatore alla Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R. - Area Pianificazione Strategica - del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio;
18. di stabilire che, in caso di mancata sottoscrizione del contratto/accordo nei tempi stabiliti, la ASL dovrà inviare immediatamente all'interessato atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto/accordo, entro 15 giorni dall'invio della diffida stessa. Nel caso, alla scadenza del termine fissato, non fosse intervenuta la sottoscrizione del contratto/accordo, la ASL dovrà procedere a:
 - a) inviare alla Direzione Programmazione e Risorse del SSR la comunicazione della mancata sottoscrizione del contratto/accordo ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;
 - b) sospendere contestualmente la procedura di liquidazione delle fatture delle prestazioni fino ad allora rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta;
19. di stabilire che al ricevimento della comunicazione dalla ASL, la Regione dovrà comunicare all'interessato ed alla ASL stessa l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento in applicazione dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92.

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

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Renata Polverini

COA	DENOMINAZIONE		BUDGET 2012
101	120079	Villa Donella	6.340.780
101	120083	Villa Valeria	4.925.000
101	120084	Villa Tiberia	16.116.720
101	120105	Marco Polo	2.840.755
101		TOTALE ASL RMA	30.223.254
102	120132	Guarnier	13.152.046
102	120166	Nuova Icar	13.565.772
102		TOTALE ASL RMB	26.717.818
103	120089	NCL	3.074.967
103	120116	San Luca	3.460.631
103	120143	Concordia Hospital	4.297.004
103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	5.023.500
103	120157	Fabla Major	11.207.434
103	120169	Annunziata	5.023.500
103		TOTALE ASL RMC	32.067.056
104	120113	Villa Pin	7.361.031
104	120171	Citta' di Roma	13.830.818
104	120173	European Hospital	14.771.216
104		TOTALE ASL RMD	36.163.065
105	120097	Villa Aurora	5.780.753
105	120115	Santa Famiglia	6.759.737
105	120159	Nuova Villa Claudia	4.789.531
105	120163	San Feliciano	11.315.433
105	120180	Aurelia Hospital	26.167.848
105		TOTALE ASL RME	54.813.302
106	120140	Siligato	2.193.341
106		TOTALE ASL RMF	2.193.341
108	120096	Madonna delle Grazie	10.797.140
108	120134	San'Anna	11.361.637
108	120176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	14.670.792
108	120280	San Raffaele Montecompatri	1.954.272
108		TOTALE ASL RMI	38.783.840
109	120014	Santa Teresa del Bambino Gesù	2.340.829
109	120012	Salus	1.983.766
109		TOTALE ASL VI	4.324.595
111	120209	Casa del Sole	8.700.307
111	120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	21.885.455
111	120213	San Marco	1.470.207
111	120215	Chia di Aprilia	9.095.667
111		TOTALE ASL VI	41.861.436
112	120210	San'Anna	4.728.000
112	120234	Villa Gioia	3.222.597
112	120235	Villa Serena	2.432.648
112	120236	Santa Teresa	3.265.616
112		TOTALE ASL PR	13.648.861
		TOTALE ACUTI PRIVATI	280.816.568
101	120072	San Giovanni Calibita - FBF	51.424.996
103	120076	Madre Giuseppina Vannini - Figlia di San Camillo	34.891.729
104	120075	Israelitica	23.272.827
105	120071	San Pietro - Fatebenefratelli	53.550.472
105	120073	San Carlo di Nancy	35.994.684
105	120074	Cristo Re	22.412.964
108	120070	Regina Apostolorum	24.988.250
		TOTALE ACUTI CLASSIFICATI	246.535.120
103	120915	Campus Biomedico	74.868.094
105	120905	Policlinico A. Gemelli	285.889.000
		TOTALE ACUTI POL. UNIV. PRIVATI	359.866.094
104	120910	San Raffaele Pisano	2.886.814
105	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	32.792.302
		TOTALE ACUTI IRCCS PRIVATI	35.679.116
		TOTALE ACUTI	922.896.899

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO 2012

L'Azienda Sanitaria Locale _____ con sede in _____ Via
 _____ n. _____ in persona del Direttore Generale e legale
 rappresentante *pro-tempore* _____ C.F. _____
 P.I. _____

e
 il soggetto privato accreditato _____ (di
 seguito per brevità "Erogatore"), cod. struttura _____ erogatore di
 prestazioni di _____;

visto l'art. 8 quinquies, comma 2 D.lgs n. 502/92 che prevede la stipula di contratti con
 le strutture private e con i professionisti accreditati;

visto l'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies D.lgs 502/92 s.m.i. il quale prevede che, in
 caso di mancata stipula degli accordi di cui all'articolo medesimo, l'accreditamento
 istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture e dei professionisti eroganti
 prestazioni per conto del servizio Sanitario nazionale interessati è sospeso;

visto l'art. 8 quinquies, comma 2, lettera e- bis D.lgs 502/92 s.m.i.;

visto il D.Lgs. n. 229/99 nel quale si ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il
 fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della
 popolazione;

visto il Decreto Commissariale n. _____ del _____;

convengono e stipulano quanto segue

- a) per le strutture che erogano prestazioni per acuti: il Budget assegnato per l'anno
 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto
 commissariale di n. _____ del _____, comprensivo
 delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni
 erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);
- b) per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione post- acuzie: il Budget
 assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata
 al decreto commissariale di n. _____ del _____
 comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle
 prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);

- c) per le strutture che erogano prestazioni di lungodegenza medica: il Budget assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto commissariale di n. _____ del _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari);
- d) per le strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale: il Budget assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto commissariale di n. _____ del _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e della compartecipazione aggiuntiva di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre 2012 posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;
- e) per le strutture che erogano prestazioni di Risonanza Magnetica Nucleare: il Budget assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto commissariale di n. _____ del _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e della compartecipazione aggiuntiva di cui alla vigente normativa; viene individuata una riserva del volume e del tetto di remunerazione in misura pari al 10% non utilizzabile nel periodo fino al 31 ottobre 2012 posta a garanzia dell'assicurazione delle prestazioni nei mesi di novembre e dicembre;
- f) per le strutture che erogano prestazioni di RSA: il Budget assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto commissariale di n. _____ del _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;
- g) per le strutture che erogano prestazioni Hospice: il Budget assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto commissariale di n. _____ del _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;
- h) per le strutture che erogano prestazioni ex art. 26: il Budget assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto

commissariale di n. _____ del _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;

- i) per le strutture che erogano prestazioni neuropsichiatriche: il Budget assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alla relativa tabella allegata al decreto commissariale di n. _____ del _____. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Lazio;
- j) per le strutture che erogano prestazioni di cui all'art. 8-sexies, comma 2, D.Lgs. 502/92 e all'art. 7, comma 2, D.Lgs. 517/99: il finanziamento assegnato per l'anno 2012 all'Erogatore è quello di cui alle relative tabelle allegate al decreto commissariale n. _____ del _____;
- k) l'Erogatore si impegna ad assicurare le prestazioni sanitarie di _____ fino a concorrenza del tetto massimo (Budget) assegnato di cui al punto/ai punti _____;
- l) l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il Budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.;
- m) oltre i tetti massimi (Budget) stabiliti dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del S.S.R. e ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art 8-quinquies, comma 2 lettera c-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i;
- n) le prestazioni erogate nell'anno 2012, precedentemente alla sottoscrizione del presente contratto/accordo, sono riconosciute entro e non oltre il tetto massimo assegnato (Budget);
- o) le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 15% dei ricoveri 2011 della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti

del budget assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Lazio, Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R.;

- p) le prestazioni fatturate oltre i tetti massimi (Budget) non sono liquidabili da parte della Azienda Sanitaria e pertanto non esigibili, non sono altresì esigibili le prestazioni fatturate oltre il termine stabilito dalla Regione per la presentazione delle stesse con riferimento all'intero anno;
- q) al fine del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo e del monitoraggio delle prestazioni, l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla normativa vigente;
- r) all'Erogatore viene riconosciuta la produzione entro Budget da verificare a consuntivo sulla base delle attività svolte effettivamente, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;
- s) nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti derivanti dal presente contratto/accordo, l'Erogatore dovrà notificare alla ASL territorialmente competente la cessione, ai sensi dell'art. 1264 c.c.;
- t) per le modalità di fatturazione e le procedure di pagamento si confermano quelle attualmente vigenti;
- u) il presente contratto/accordo si intende valido per l'intero anno 2012 e pertanto avrà scadenza il 31.12.2012;
- v) con il presente contratto/accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di attribuzione del budget, di determinazione delle tariffe e di ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto/accordo. In conseguenza dell'accettazione, la struttura presta acquiescenza ai medesimi provvedimenti;
- w) restano ferme le cause di risoluzione previste per legge;
- x) il Foro competente a decidere le controversie relative o derivanti dal presente contratto/accordo è quello in cui ha sede la ASL che sottoscrive il presente contratto/accordo;

- y) di richiamare tutto quanto espresso in premessa come parte integrante e sostanziale del presente contratto/accordo, ivi compreso in caso di mancata sottoscrizione ai sensi dell'art 8-quinquies, comma 2 quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Roma, _____ 2012

Letto, confermato e sottoscritto in tre originali, conservato uno ciascuno dai sottoscrittori ed uno inviato alla Regione Lazio – Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Risorse del SSR - Area Pianificazione Strategica

Per l'Azienda Sanitaria Locale _____

Per l'Erogatore _____

Il legale rappresentante (allega copia documento di riconoscimento)



Regione Lazio

Atti del Presidente della Regione Lazio

Decreto del Commissario ad Acta 4 luglio 2012, n. U00115

P.S.R. 2012 - Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e, delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99.

Oggetto: F.S.R. 2012 - Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e, delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99.

LA PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO
In qualità di Commissario ad Acta
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002;

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, la Presidente Renata Polverini è stata nominata Commissario ad acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

PRESO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011, il Dott. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla sopra menzionata Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

PRESO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 20.01.2012 è stato rimodulato il mandato assegnato al Commissario ad acta con precedente DCM 20 aprile 2010 e al sub commissario nominato con DCM 3 marzo 2011, e contestualmente è stato nominato, con decorrenza dal 1.2.2012, ulteriore sub commissario ad acta, il Dott. Gianni Giorgi, con definizione per entrambi i sub commissari di specifici ambiti di competenza individuale;

VISTO il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti cui rivolgersi;

PRESO ATTO del D.Lgs. 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato per i LEA delle prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO l'accordo Stato-Regioni 8.8.2001 con il quale è stato sancito l'impegno delle Regioni ad adottare le possibili iniziative per il contenimento della spesa sanitaria nell'ambito delle risorse disponibili e per la corretta ed efficace gestione del Servizio Sanitario;

CONSIDERATA la necessità di perseguire il suddetto obiettivo di contenimento della spesa sanitaria, operando prioritariamente attraverso azioni tese al recupero di maggiore appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni rese, nonché promuovendo dinamiche di accrescimento dell'efficienza dei processi amministrativi e gestionali;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 di "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 80 del 30/09/2010 concernente la "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 113 del 31/12/2010 concernente i "Programmi Operativi 2011 - 2012" e l'emnando decreto di "Attualizzazione dei Programmi Operativi 2012";

VISTO il Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta di Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale dell'anno 2012 in corso di adozione;

VISTO quanto disposto dal Titolo II del D.Lgs 118/2011 avente ad oggetto "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*", con particolare riferimento all'art. 29;

TENUTO CONTO di quanto stabilito dall'art. 4 comma 3 del D.L. 18 settembre 2001 n. 347 convertito con legge 405/2001;

TENUTO CONTO che, alla data odierna, pur non essendo stato ancora deliberato dal C.I.P.E. il provvedimento di riparto definitivo del F.S.N. 2012 tra le Regioni, in data 15/05/2012 con nota prot. n. CSR 2466 P-4 23.02.10, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha trasmesso alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nuova versione della proposta di

deliberazione CIPB per il riparto 2012, inviata dal Ministero della Salute nella medesima data del 15/05/2012;

TENUTO CONTO che, eventuali variazioni in sede di definizione del riparto del F.S.N. 2012 saranno oggetto di successivo provvedimento;

RIBADITO che tutte le strutture che erogano assistenza ospedaliera e specialistico ambulatoriale a carico del S.S.R. sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito, negli accordi e nei contratti di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto del SSR;

PRESO ATTO del sistema tariffario regionale così come risultante dai provvedimenti di adozione delle tariffe massime di riferimento per le prestazioni sanitarie, nei diversi livelli assistenziali, erogate a cittadini residenti e non residenti della Regione;

PRESO ATTO che, ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 dell'art. 8-sexies del D.Lgs. 502/92, sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le restanti attività sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione;

VISTO quanto disposto dal Decreto del Commissario ad acta n. 86 del 07/06/2012 avente ad oggetto *"Individuazione dei centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR"*;

VISTO l'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che individua le seguenti funzioni remunerabili a costo standard per programma di assistenza:

- 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;

VISTO quanto disposto dall'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99, con riferimento al riconoscimento di una maggiorazione tariffaria per le prestazioni rese dalle aziende ospedaliere universitarie del SSR;

VISTO quanto disposto dall'art. 6 comma 3 del D.Lgs. 502/1992, con riferimento alla formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

TENUTO CONTO che con il provvedimento di ripartizione del F.S.R. per l'anno 2012 si è individuato in Euro € 800.000.000 l'importo complessivo massimo da destinare al finanziamento delle funzioni assistenziali non coperte da tariffe predefinite, previste dall'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92, nell'ambito di attività che rispondono a specifiche caratteristiche generali, che rappresentano e richiedono un apposito correttivo ai criteri generali di allocazione della quote pro capite, nonché per il finanziamento della maggiorazione tariffaria riconosciuta ai Policlinici Universitari ai sensi dell'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99 e per il finanziamento dell'ARUS 118;

RITENUTO di definire, nell'ambito dell'importo suddetto, i seguenti finanziamenti ripartiti tra le strutture interessate con i criteri sotto descritti:

- 1) Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza - € 260.000.000, secondo i seguenti criteri:
 - Selezione delle strutture delle reti di urgenza ed emergenza sedi di DEA di I e II livello;
 - Differenziazione delle strutture a seconda dell'organizzazione e del ruolo svolto nelle reti di emergenza (emergenza ed urgenza: DEA I, II; emergenza traumatologica: centro traumi di zona, centro traumi alta specializzazione; emergenza cardiologica: centri hub, centri spoke 1 e 2; emergenza neuro vascolare: unità trattamento neuro vascolare I e II livello, team neuro vascolare);
 - Differenziazione delle strutture sulla scorta dei volumi di attività per ricoveri ordinati e D.H., per ricoveri specializzati e per accessi di pronto soccorso non seguito da ricovero;

- 2) Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi all'organizzazione dei trattamenti di terapia intensiva - € 165.000.000, secondo i seguenti criteri:

- Selezione e differenziazione delle strutture con posti letto di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronarica anno 2010 tratti dall'allegato "D" del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 80 del 30/09/2010 concernente la "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";
- 3) Finanziamento dei maggiori costi per i programmi di trattamento delle malattie rare - € 18.386.800, secondo i seguenti criteri:
- Individuazione dei centri e dei presidi per la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare, tratti dalla D.G.R. n. 20 del 7/01/2005;
 - Differenziazione delle strutture in relazione ai centri e presidi selezionati ed al numero di utenti con malattie rare, come da aggiornamento del registro regionale malattie rare;
- 4) Finanziamento dei maggiori costi per i centri di coordinamento e per l'attività di trapianto di organi - € 32.314.225, secondo i seguenti criteri:
- Individuazione dei Centri attivati dalla programmazione regionale per le attività di trapianto con assegnazione di una quota per l'attività di coordinamento locale, così come definita dalla DGR 229/2009;
 - Considerazione dei casi rendicontati dal Centro Regionale Trapianti e selezione delle strutture ospedaliere oggetto dell'attività di segnalazione dei potenziali donatori d'organo e donazione di cornee;
 - Selezione dei trapianti effettuati e rendicontati dal Centro Regionale Trapianti e dall'Agenzia di sanità pubblica;
- 5) Finanziamento dei maggiori costi per i centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al Decreto Commissariale n. 86 del 07/06/2012 - € 18.700.000, secondo i seguenti criteri:
- Individuazione dei centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al Decreto Commissariale in argomento; il finanziamento tiene conto di standard organizzativi e di costo predefiniti dei fattori produttivi per centro;
- 6) Finanziamento dei maggiori costi di assistenza per i programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona -- Assistenza riabilitativa post acuzie - € 19.000.000, secondo i seguenti criteri:

- Selezione dei casi appropriati di mielolesioni e di gravi cerebro lesioni acquisite con determinazione della significatività dell'attività resa nell'anno 2011;

Ai fini del definitivo riconoscimento del finanziamento in argomento l'Agenzia di Sanità Pubblica ASP-Laziosanità, entro tre mesi dalla data di pubblicazione del presente provvedimento effettuerà un controllo di congruità ed appropriatezza sulle cartelle cliniche relative ai casi selezionati trasmettendo, sempre entro lo stesso termine alla struttura regionale competente, specifica relazione relativa agli esiti dei controlli effettuati;

7) Finanziamento dei maggiori costi connessi al complesso e alla pronta disponibilità di un'offerta assistenziale ospedaliera multidisciplinare dei presidi ospedalieri che oltre ad essere sede di DEA di II livello, presentino contestualmente le caratteristiche di seguito descritte - € 60.000.000:

- un indice di dispersione specialistica dei DRG ad alta complessità assistenziale, così come individuati dal Testo Unico per la mobilità interregionale, superiore a 0,90;
- un indice di dispersione specialistico dei DRG a media complessità, con esclusione di quelli a rischio di inappropriatazza, superiore a 0,90;
- un numero significativo di attivazione di pacchetti assistenziali complessi in abito specialistico ambulatoriale;

8) 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 AIDS e alle persone HIV positive secondo i seguenti criteri - € 10.469.130, secondo i seguenti criteri:

- Selezione dei ricoveri con diagnosi di HIV presso reparti di Malattie Infettive del Lazio - anno 2011;

9) Finanziamento dei maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dall'attivazione di percorsi di formazione universitaria delle professioni sanitarie - € 4.660.000, secondo i seguenti criteri:

- Numero degli iscritti a.a. 2011/2012 ai corsi di laurea triennale professioni sanitarie;

10) Finanziamento dei maggiori costi per la presenza delle facoltà di medicina - € 68.469.845, secondo i seguenti criteri:

- Individuazione dei Policlinici universitari statali e non statali e delle Aziende Ospedaliere, sedi dell'intero triennio della facoltà di medicina, secondo i protocolli d'intesa Regione/Università, nella misura prospettica stimata sui dati di attività 2011, pari ad una percentuale massima dell'8 per cento del valore totale della produzione attesa, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del DM. 31.7.2007, come da relativa tabella di ripartizione;

Ai fini del definitivo riconoscimento del finanziamento in argomento si dovrà considerare la rendicontazione dei costi sostenuti nel 2011 per l'apporto di personale universitario ai sensi dell'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99.

- 11) Finanziamento dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118 - € 143.000.000, pari al finanziamento riconosciuto per l'esercizio 2011, in considerazione dei costi sostenuti dalla stessa Azienda per la gestione delle attività assegnate nell'ambito della gestione dell'emergenza sanitaria regionale;

RIBADITO che i finanziamenti dei maggiori costi connessi alle funzioni assistenziali nell'ambito delle attività definite dal comma 2 dell'art. 8-sexies del D.Lgs. 502/1992, e per il riconoscimento della maggiorazione tariffaria riconosciuta alle Aziende Policlinico Universitarie ai sensi dell'art. 7 comma 2 del D.Lgs 517/99, così come risultanti dalle tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 che formano parte integrante del presente provvedimento, da considerarsi quale quota di finanziamento indistinto, sono prospettici e soggetti a rendicontazione, per cui è richiesto obbligatoriamente alle strutture interessate di produrre entro tre mesi dalla fine dell'esercizio 2012 apposita rendicontazione dei relativi costi sostenuti e del volume delle attività svolte, nonché, per le parti di finanziamento inerenti la revisione della rete dell'offerta assistenziale (rete dell'emergenza e nuove attivazione di posti letto) è richiesta entro tre mesi dalla data di chiusura dell'esercizio una puntuale rendicontazione da parte delle ASL di competenza territoriale sull'effettivo funzionamento nell'anno 2012 dei nuovi posti letto attivati in strutture pubbliche e private;

DECRETA

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- 1) di definire il riparto delle funzioni assistenziali di cui al comma 2 dell'art. 8-sexies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, con remunerazione in base al costo standard differenziale di produzione del programma di assistenza, nonché per il finanziamento della maggiorazione tariffaria riconosciuta alle Aziende Policlinico Universitarie ai sensi dell'art. 7 comma 2 del D.Lgs 517/99, secondo i criteri riportati in premessa con le risultanze di cui alle allegate Tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- 2) di definire in € 143.000.000 l'importo complessivo da assegnare al finanziamento dell'azienda ARES 118, pari al finanziamento riconosciuto per l'esercizio 2011;
- 3) di disporre che le Aziende e le strutture che sono state inserite nel programma di finanziamento a funzione di cui al precedente punto 1) sono tenute alla presentazione a fine esercizio, entro il mese di marzo 2013, di relativa analitica rendicontazione delle attività espletate e dei costi sostenuti fermo restando che i livelli massimi di finanziamento per singola funzione sono da considerarsi immutabili ai sensi del comma 1 dell'art 8 sexies del D.Lgs 502/1992; entro lo stesso termine:
 - l'Agenzia di Sanità Pubblica ASP-Laziosanità provvede a trasmettere la relazione di cui al punto 6 delle premesse relativo al finanziamento dei maggiori costi per i trattamenti differenziali caratterizzati da elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona per assistenza riabilitativa;
 - i Policlinici Universitari statali e non statali provvedono ad inviare la rendicontazione di cui al punto 10 delle premesse relativa ai costi sostenuti nel 2011 per l'apporto di personale universitario ai sensi dell'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99;
- 4) di stabilire che l'importo complessivo assegnato a ciascun erogatore sia considerato nel relativo contratto/accordo da sottoscrivere ai sensi dell'art.8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

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 erogatori.

RENATA POLVERINI

TABELLA 1

ASL	CODICINE	NOME	R. EMERGENZA		E. TRAUMATICA ALL. D.	PUNTI TRAUMATICA	LITIN / R. KITES ALL. D.	PUNTI ICTUS / CAUSINO	RETE CARDIO	PUNTI CARDIO	PESO STRUTTURE A.	VALORE RICOVERI IN BANG. D. E.	% VALORE	PUNTI	VALORE	N. RICOVERI DI ALTA SPEC.	% VALORE	PUNTI	VALORE	VAL ACCESSI PS (2011)	% VALORE	PUNTI	PESO ATTIVITA'	% RIFACETO	PROPOSTA RIFACETO 2012
			ALL. D.	DEA																					
101	074	San Giovanni Carliotta - Fila	DEA I	2,5	MIJ	0	Stroke	0,50	Stroke 1	0,80	3,67	43,440	3%	0,76	289	2%	0,55	1,15	5.432,662	3%	1,15	2,44	1,1%	2.911,144	
102	185	Pedilino Casilino	DEA I	2,5	PST	0,8	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	-0,00	4,50	48,899	3%	0,85	590	3%	1,21	1,75	8.437,780	6%	1,75	3,82	2,3%	5.881,850	
103	287	Sanato Pincia	DEA I	2,5	PST	0,8	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	4,80	32,619	3%	0,68	432	2%	0,47	1,48	11.981,845	5%	1,48	4,08	2,5%	6.401,853	
104	068	San'Agustino	DEA I	2,5	CTZ	2	Stroke	0,50	Stroke 1	0,60	5,80	61,273	3%	0,77	278	4%	0,56	1,73	8.370,437	4%	1,73	4,00	2,9%	7.407,528	
105	096	Madre e Bambini - Fila di S. Camillo	DEA I	2,5	MIJ	0	Stroke	0,50	Stroke 1	1,00	4,00	31,655	2%	0,57	304	2%	0,63	1,25	5.552,953	3%	1,25	2,86	2,2%	3.125,995	
106	048	P.O. S. Maria Sotano	DEA I	2,5	PST	0,8	Stroke	0,50	Stroke 1	1,00	4,50	25,292	2%	0,50	281	2%	0,58	0,92	9.259,902	5%	1,82	2,03	1,8%	4.756,068	
107	071	P.O. S. Maria Sotano	DEA I	2,5	PST	0,8	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,50	30,346	2%	0,53	287	2%	0,49	0,90	4.859,383	3%	1,22	2,60	1,2%	3.019,748	
108	043	Marella Hospital	DEA I	2,5	MIJ	0	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	3,70	60,864	4%	0,89	224	1%	0,45	0,71	6.142,483	3%	1,22	2,60	1,2%	3.019,748	
109	289	Pedilino Casilino	DEA I	2,5	PST	0,8	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,50	26,650	2%	0,47	249	1%	0,51	0,71	3.487,541	2%	0,71	1,60	1,0%	1.531,496	
110	045	San Paolo	DEA I	2,5	PST	0,8	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,50	27,279	15%	0,48	249	1%	0,51	0,71	3.487,541	2%	0,71	1,60	1,0%	1.531,496	
111	058	San Giovanni Evangelista	DEA I	2,5	PST	0,8	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,20	20,408	1%	0,45	204	1%	0,43	0,64	3.851,113	2%	0,64	1,34	1,6%	1.735,706	
112	049	P.O. Azalee Nettuno	DEA I	2,5	PST	0,8	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,30	20,803	1%	0,44	220	1%	0,43	0,64	3.851,113	2%	0,64	1,34	1,6%	1.735,706	
113	071	Bellelle	DEA I	2,5	CTZ	2	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	6,00	32,435	1%	0,24	136	1%	0,24	0,43	7.280,619	6%	1,01	1,78	0,8%	2.401,1315	
114	019	San Camillo de Lellis	DEA I	2,5	PST	0,8	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	6,00	35,183	3%	0,39	870	2%	0,76	1,55	6.501,793	4%	1,55	3,01	2,0%	2.716,842	
115	206	P.O. Lancia Mare	DEA I	2,5	CTZ	2	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	4,80	67,372	3%	0,48	315	2%	0,76	1,02	7.501,243	3%	1,02	2,58	1,0%	4.106,423	
116	216	P.O. Lancia Mare	DEA I	2,5	PST	0,8	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,50	33,468	4%	0,41	189	1%	0,43	0,64	3.851,113	2%	0,64	1,34	1,6%	1.735,706	
117	215	Lampetusa I	DEA I	2,5	CTZ	2	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	5,00	36,403	2%	0,40	213	1%	0,43	0,64	3.851,113	2%	0,64	1,34	1,6%	1.735,706	
118	215	Lampetusa I	DEA I	2,5	CTZ	2	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,20	25,484	2%	0,41	186	1%	0,42	0,62	3.794,272	2%	0,62	1,28	1,0%	1.624,656	
119	001	San Camillo - Terracina	DEA I	2,5	CTZ	2	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,20	25,484	2%	0,41	186	1%	0,42	0,62	3.794,272	2%	0,62	1,28	1,0%	1.624,656	
120	002	San Giovanni	DEA II	6	CTZ	3	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	13,50	136,888	10%	0,40	2.853	17%	0,58	1,13	12.811,916	7%	1,13	2,58	2,0%	3.026,259	
121	002	San Giovanni	DEA II	6	PST	0,8	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	8,30	79,625	6%	0,40	2.138	7%	0,31	2,31	8.295,416	7%	2,31	5,06	16,0%	48.007,462	
122	003	San Filippo Neri	DEA I	2,5	PST	0,8	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	4,80	74,602	5%	0,31	302	5%	0,65	0,93	4.977,163	3%	0,93	2,04	2,6%	5.439,814	
123	006	Pedilino Casilino	DEA II	6	CTZ	3	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	13,50	136,888	10%	0,40	2.853	17%	0,58	1,13	12.811,916	7%	1,13	2,58	2,0%	3.026,259	
124	009	San'Andrea	DEA I	2,5	PST	0,8	Stroke	0,50	Stroke 2	1,00	4,80	66,884	5%	0,41	274	2%	0,42	0,62	3.794,272	2%	0,62	1,28	1,0%	1.624,656	
125	020	Pedilino Casilino	DEA I	2,5	CTZ	2	TIN/PSA	0,20	Stroke 2	1,00	4,20	30,310	6%	0,41	141	1%	0,41	0,62	3.794,272	2%	0,62	1,28	1,0%	1.624,656	
		Totale				87,6		42,60		89,66	1.024,214	308%	1,02	5.508	37,0%	1,02	20,00	204.243,344	100%	40,00	100,00	100,0%	204.243,344		

TABELLA 3

RIPARTIZIONE F.S.R. 2012 - QUOTA FINALIZZATA PER FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA CONNESSI AI PROGRAMMI DI ASSISTENZA A MALATTIE RARE *

ASL	CODICE	ISTITUTO	NUMERO CENTRI	NUMERO PRESIDII	TOTALE CENTRI/PRESIDII **	TOTALE UTENTI*	PESO CENTRI/PRESIDII	PESO STRUTTURA	QUOTA PER STRUTTURA	QUOTA PER UTENTI*	TOTALE FINANZIAMENTO
101	072	A.O. SAN GIOVANNI CALIBITA FATEBENEFRATELLI	0	1	1	60	1	0,5	100.000	72.000,00	172.000,00
103	056	OSPEDALE S. EUGENIO - ASL RM C	3	0	3	327	1	0,5	600.000	392.400,00	992.400,00
103	030	OSPEDALE OFTALMICO - ASL RM E	0	1	1	219	1	0,5	100.000	252.800,00	362.800,00
105	911	IDI-ISTITUTO DERMOPATICO DELL'UNIMACOLATA	0	1	1	507	1	0,5	100.000	608.400,00	708.400,00
110	019	OSPEDALE S. CAMILLO DE LELLIS - ASL RIETI	1	0	1	2	1	1,0	250.000	2.400,00	202.400,00
901	901	A.O. S. CAMILLO FORLANINI	2	2	4	1.437	1	0,5	600.000	1.724.400,00	2.324.400,00
903	903	A.O. SAN FILIPPO NERI	1	2	3	95	1	0,5	400.000	114.000,00	514.000,00
905	905	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO A. GEMELLI	6	1	7	722	1	0,5	1.300.000	866.400,00	2.166.400,00
906	906	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO UMBERTO I	7	32	39	5.095	1	0,5	2.600.000	8.714.000,00	11.314.000,00
908	908	IRCCS - IFO REGINA ELENA/SAN GALLICANO	2	0	2	332	1	0,5	400.000	398.400,00	798.400,00
918	918	IRCCS IIVI/LAZZARO SPALLANZANI	1	0	1	12	1	0,5	200.000	14.400,00	214.400,00
920	920	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO TOR VERGATA	2	3	5	431	1	0,5	700.000	517.200,00	1.217.200,00
		TOTALE	25	23	48	9229			7.303.000,00	11.066.800,00	18.366.800,00

* Fonte: Sistema Informativo Malattie Rare Lazio (dati riferiti agli utenti prevalenti nel 2011, aggiornamento al 31 gennaio 2012)
 ** Sono conteggiati solo i Centri/Presidii riconosciuti da DGR e come utenti in carico presenti nel Sistema Informativo Malattie Rare Lazio.

TABELLA 4
 RIPARTIZIONE F.S.N. 2012 - QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI CENTRI REGIONALI DI RIFERIMENTO PER I TRAPIANTI DI ORGANI, PER L'ATTIVITA' DI SEGNALEZIONE DEI POTENZIALI DONATORI DI
 ORGANI E PER ATTIVITA' DI TRAPIANTI

ASL	CORRICE	STRUTTURA	QUOTA PER COORDINAMENTO LOCALE (OGR 229/09)	SEGNALAZIONE SOGGETTI IN MORTE ENCEFALICA		DONAZIONE CORNICE				TRAPIANTI							TOTALE FINANZIAMENTO
				NUMERO CASI SEGNALATI	QUOTA PER CASI SEGNALATI	NUMERO DONATORI CORNICE	QUOTA PER DONAZIONE CORNICE	REME	PANCREAS	CUORE	FEGATO	POLMONI	MIDOLLO	PESO TOTALE DEI TRAPIANTI	FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI PER I TRAPIANTI DI CORNICE		
																NUMERO CASI SEGNALATI	
100	101	Asl Roma A	41.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.000,00
100	072	P.F.S. Giovanni Collova	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
102	102	Asl Roma B	56.500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56.500,00
102	169	Policlinico Casilino	-	1	4.500,00	2	450,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.950,00
102	267	Sandro Pertini	-	10	45.000,00	5	1.125,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46.125,00
103	109	Asl Roma C	55.500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55.500,00
109	058	C.T.O.A.	-	4	18.000,00	4	900,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.900,00
109	065	S. Eugenio	-	4	18.000,00	22	4.950,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.950,00
104	104	Asl Roma D	41.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.000,00
105	105	Asl Roma E	36.500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36.500,00
105	026	S. Spirito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105	025	S. Spirito	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
105	061	S. P. S. S. S. S.	-	9	40.500,00	24	5.400,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45.900,00
106	106	Asl Roma F	41.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.000,00
106	045	Civita Castellana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107	107	Asl Roma G	41.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.000,00
107	052	Subiaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107	053	S. Giovanni Evangelista Tivoli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
108	108	Asl Roma H	41.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.000,00
108	049	P.O. Anagnino	-	2	9.000,00	14	2.925,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.925,00
108	046	P.O. Albano Laziale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
108	047	S. Sebastiano Martire Pracenz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
109	109	Asl Viterbo	56.500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56.500,00
109	271	Agroscille	-	5	23.500,00	30	4.500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28.000,00
110	110	Asl Rieti	41.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.000,00
110	019	S. Camillo De Lellis - Bass	-	2	9.000,00	12	2.700,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.700,00
111	111	Asl Latina	56.500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56.500,00
111	200	P.O. Latina Nord	-	24	308.000,00	18	4.050,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	312.050,00
112	112	Asl Frosinone	56.500,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56.500,00
112	215	Umberto I Frosinone	-	1	4.500,00	35	8.750,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.250,00
112	216	A.O. S. Camillo	-	22	99.000,00	31	6.975,00	43	-	-	-	-	-	-	-	-	105.975,00
112	217	A.O. S. Camillo	-	16	72.000,00	19	4.725,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76.725,00
112	218	A.O. S. Filippo Neri	-	36	152.500,00	2	450,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	152.950,00
112	219	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	220	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	221	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	222	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	223	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	224	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	225	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	226	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	227	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	228	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	229	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	230	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	231	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	232	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	233	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	234	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	235	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	236	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	237	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	238	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	239	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	240	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	241	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	242	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	243	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	244	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	245	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	246	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	247	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	248	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	249	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	250	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	251	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	252	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	253	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	254	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	255	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	256	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	257	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	258	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	259	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	260	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	261	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	262	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	263	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	264	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	265	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	266	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	267	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	268	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	269	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	270	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	271	A.O. S. Felice	-	58	257.500,00	28	6.300,00	27	-	-	-	-	-	-	-	-	263.800,00
112	272	A.O. S. Felice															

TABELLA 5
RIPARTO F.S.R. 2012 - QUOTA FINALIZZATA PER IL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI CONNESSI ALLE ATTIVITA' DEI CENTRI REGIONALI DI SERVIZIO A SUPPORTO DELLE ATTIVITA' SANITARIE SVOLTE DALL'INSIEME DELLE STRUTTURE DEL S.S.R.

ASL	Codice	STRUTTURA	CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE	QUOTA A FUNZIONE	TOTALE
105	066	OSPEDALE S. EUGENIO	Centro grandi ustionati	1.700.000	1.700.000
105	905	POLICLIN. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	Centro Antiveletti	1.700.000	1.700.000
901	901	A.O. S. CAMILLO FORLANINI	Centro regionale di coordinamento e compensazione - sistema trasfusione	1.700.000	1.700.000
902	902	A.O. S. GIOVANNI	Innesti corneali (banca occhi)	1.700.000	1.700.000
			Screening neonatale	1.700.000	
906	906	POLICLINICO UNIV. STATALE UMBERTO I'	STEN - Servizio Trasporto Emergenze Neonatali	1.700.000	5.800.000
			Fibrosi cistica	1.700.000	
			Centro Antiveletti	1.700.000	
908	908	L.R.C.C.S. I.F.O.	Banca regionale tessuto muscolo scheletrico	1.700.000	1.700.000
103	909	IRCCS FONDAZIONE S.LUCIA	Centro Regionale diagnosi precoce neuroriabilitazione	1.700.000	1.700.000
000	000	SPESA ACCENTRATA REGIONALE	Centro Regionale trapianti	1.700.000	1.700.000
TOTALE					18.700.000

TABELLA 6

RIPARTIZIONE F.S.R. 2012 - QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA PER I PROGRAMMI DI ASSISTENZA AD ELEVATO GRADO DI PERSONALIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI O DEL SERVIZIO RESO ALLA PERSONA - ASSISTENZA RIABILITATIVA POST ACUZIE

ASL	CODICE	STRUTTURA	GG	PESO	FINANZIAMENTO
103	058	Centro Traumatologico Ortopedico	8.763	16,5	3.133.825,22
103	909	Fondazione Santa Lucia	30.258	57,0	10.820.869,96
104	055	Centro Paraplegici Ostia	5.700	10,7	2.038.434,75
112	277	San Raffaele - Cassino	8.408	15,8	3.005.870,07
TOTALE			53.129	100,00	19.000.000,00

TABELLA Z

RIPARTO F.S.R. 2012 - QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE DA STRUTTURE OSPEDALIERE CARATTERIZZATE DA ELEVATA COMPLESSITA' ORGANIZZATIVA (INDICE DI DISPERSIONE SPECIALISTICO PER DRG AD ALTA COMPLESSITA' E PER DRG A MEDIA COMPLESSITA' > 90%)

Istituti sede di DEA di II livello	Acuti Alta Specialità 2011				Acuti Media Specialità 2011				Specialistica Ambulatoriale		Finanziamento	
	Dimissioni		PESO	comrette per indice di dispersione	osservate	Indice di Dispersione Specialistica (**)	comrette per indice di dispersione	PESO	Nr. APA PAC Attivati	PESO	PESO TOT.	Finanziamento
	osservate	Indice di Dispersione Specialistica (**)										
901 San Camillo - Forlanini	5.045,00	0,92	4.576,00	21,63	20.303,00	0,94	19.142,00	5,05	8.080	3,27	29,96	17.976.325,00
902 San Giovanni Addolorata	2.043,00	0,89	-	-	14.263,00	0,89	-	-	-	-	-	-
905 Policlinico A. Gemelli	6.753,00	0,93	6.271,00	29,32	34.640,00	0,99	34.221,00	9,04	9.985	4,05	42,41	25.444.617,00
906 Policlinico Umberto I	4.388,00	0,93	4.075,00	19,05	23.245,00	0,96	22.333,00	5,90	6.610	2,68	27,63	16.579.058,00
Totale	18.230,00		14.972,00	70,00	92.457,00		75.896,00	20,00	24.675	10,00	100,00	60.000.000,00

(*) Indice di dispersione specialistica sui DRG ad alta complessità

(**) Indice di dispersione specialistica sui DRG di media complessità esclusi i DRG a rischio di inappropriatazza

TABELLA 8
RIPARTIZIONE F.S.R. 2012 - QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA PER I PROGRAMMI A FORTE
INTEGRAZIONE FRA ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE, SANITARIA E SOCIALE - ATTIVITÀ LEGATE ALL'ASSISTENZA DEI CASI DI AIDS
E ALLE PERSONE HIV POSITIVE

ASL	CODICE	ISTITUTO	DIAGNOSI	N° RICOVERI	TOTALE	IMPORTO FINANZIAMENTO
110	019	P.O. Unificato Rieti	D42 princ	8	11	38.400
			D42 sec	3		
			D42 princ	79		
111	200	P.O. Latina Nord	D42 sec	18	99	345.596
			V08 princ	1		
			V08 sec	1		
112	216	Umberto I (Frosinone)	D42 princ	12	32	111.708
			D42 sec	20		
109	271	Belcolle	D42 princ	68	81	282.761
			D42 sec	13		
105	905	Policlinico A. Gemelli	D42 princ	338	376	1.312.568
			D42 sec	25		
			V08 princ	9		
			V08 sec	4		
906	906	Policlinico Umberto I (Roma)	D42 princ	705	751	2.621.646
			D42 sec	45		
			V08 sec	1		
918	918	Lazzaro Spallanzani	D42 princ	1.232	1.885	4.834.860
			D42 sec	130		
			V08 princ	10		
			V08 sec	13		
919	919	Sant'Andrea	D42 princ	205	205	715.629
920	920	Tor Vergata	D42 princ	15	59	205.962
			D42 sec	41		
			V08 sec	3		
Totale				2.999	2.999	10.469.130

TABELLA 9

RIPARTO F.S.R. 2012 - QUOTA FINALIZZATA FINANZIAMENTO DELLA FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

ASL	Codice	Sede del Corso	N° iscritti			Campus	Totale iscritti	Finanziamento
			Sopienza	Tor Vergata	Campus			
101	072	San Giovanni Calibita FBF	0	0	171	0	171	45.250,40
101	101	ASL Roma A	220	0	0	0	220	58.216,90
102	102	ASL Roma B	0	0	136	0	136	35.986,60
103	076	Madre Giuseppina Vainini	0	120	0	0	120	31.754,70
103	103	ASL Roma C	0	0	233	0	233	61.637,00
103	909	IRCCS Santa Lucia	0	0	407	0	407	107.701,80
103	915	Policlinico Campus Biomedico	0	0	0	265	265	70.124,90
104	104	ASL Roma D	116	0	142	0	252	66.684,80
104	910	IRCCS San Raffaele Pisana	170	0	102	0	272	71.977,30
105	071	San Pietro FBF	230	0	0	0	230	60.863,10
105	105	Asl Roma E	220	0	0	0	220	58.216,90
105	905	Policlinico Agostino Gemelli	0	2732	0	0	2732	728.240,80
105	911	IRCCS IDI	0	0	577	0	577	152.687,50
106	106	ASL Roma F	503	0	0	0	503	133.105,10
107	088	INI	44	0	0	0	44	11.643,40
107	107	ASL Roma G	172	49	707	0	928	245.569,60
108	070	Regina Apostolorum	0	0	41	0	41	10.849,50
108	108	ASL Roma H	507	0	292	0	799	211.433,30
108	176	INI	0	0	74	0	74	19.582,10
109	015	Villa Immacolata	0	71	0	0	71	18.788,20
109	109	ASL Viterbo	441	0	0	0	441	116.698,50
110	110	ASL Rieti	610	90	0	0	700	185.235,70
111	111	ASL Latina	1265	0	0	0	1265	334.747,30
112	112	ASL Frosinone	894	0	419	0	1273	336.864,30
112	277	San Raffaele Cassino	0	0	144	0	144	38.105,60
901	901	AO San Camillo Forlani	604	0	0	0	604	159.831,90
902	902	AO San Giovanni Addolorata	195	149	0	0	344	91.030,10
903	903	AO San Filippo Neri	29	183	0	0	212	56.099,90
906	906	Policlinico Umberto I Roma	2381	0	0	0	2381	630.055,90
908	908	IFO	175	0	0	0	175	46.308,90
918	918	IRCCS - INMI	44	0	0	0	44	11.643,40
919	919	AO Sant'Andrea	441	0	0	0	441	116.698,50
920	920	Policlinico Tor Vergata	0	0	1271	0	1271	336.335,00
Totali			9215	3414	4716	265	17610	4.660.000,00

TABELLA 10

**RIPARTO F.S.R. 2012 - QUOTA FINALIZZATA FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI ASSISTENZA NELLE
STRUTTURE CON PRESENZA PERCORSI UNIVERSITARI FACOLTA' DI MEDICINA**

ASL	Codice	STRUTTURA	IMPORTO
103	915	POLICLINICO UNIVERSITARIO NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	7.005.352,00
105	905	POLICLINICO UNIVERSITARIO NON STATALE A. GEMELLI	25.145.882,00
906	906	POLICLINICO UNIVERSITARIO STATALE UMBERTO I*	18.229.041,00
919	919	AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA	7.856.470,00
920	920	FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA	10.233.100,00
TOTALE			68.469.845,00

REGIONE LAZIO



**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta**

(delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 Luglio 2008)

N. U0113 del 02/12/2011

Proposta n. 22015 del 11/11/2011

Oggetto:

Ripartizione del F.S.R. 2011 - Finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali, art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92.

Estensore

FRASCHETTI MARCO

Responsabile del Procedimento

M. FRASCHETTI

Il Dirigente d'Area

F. FERRI

Il Direttore Regionale

F. ROMANO

Il Direttore del Dipartimento

G. MAGRINI

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

G. A. SPATA

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

DECRETO n. _____ del _____

Oggetto: Ripartizione del F.S.R. 2011 – Finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali, art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92.

LA PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO
In qualità di Commissario ad Acta

PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, la Presidente Renata Polverini è stata nominata Commissario ad acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

PRESO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011, il Dott. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla sopra menzionata Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002;

VISTO il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio della libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti cui rivolgersi;

VISTA la Legge 662/96 che al comma 34 dell'art. 1 definisce i criteri e gli indicatori che devono essere considerati al fine della determinazione della quota capitaria per il finanziamento dei livelli di assistenza;

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

segue Decreto n. _____ del _____

RITENUTO pertanto di dover provvedere alla ripartizione del Fondo sanitario disponibile per l'esercizio 2011 al netto delle somme necessarie ad assicurare il finanziamento delle attività del S.S.R. in gestione accentrata regionale, svolte in nome e per conto del S.S.R. e delle Aziende Sanitarie regionali, quali il finanziamento delle agenzie sanitarie regionali (A.R.P.A., ASP Laziosanità, Agenzia regionale per i trapianti, Associazione Nazionale Lotta alle Microcitemie) e delle attività di controllo e verifica delle ricette farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, compreso il loro acquisto e distribuzione, del servizio Recup, dei progetti speciali per la lotta alla droga, per interventi speciali in veterinaria, ecc.;

CONSIDERATO che, ai fini della elaborazione della ripartizione del F.S.R. 2011, è considerata la popolazione ISTAT residente al 01/01/2010, utilizzata anche dal Ministero della Salute per la proposta di riparto sopra richiamata;

RITENUTO pertanto di effettuare la ripartizione tra le Aziende Sanitarie Locali mutuando i criteri adottati dal Ministero della Salute per la ripartizione tra le Regioni, secondo i livelli ed i sottolivelli essenziali di assistenza (LEA), pesati con le fasce di età della popolazione residente adeguandoli alla specificità della realtà regionale laziale applicando un correttivo del 5% delle risorse destinate a ciascun livello di assistenza legato alla distribuzione degli abitanti nei centri abitati e in base alle caratteristiche morfologiche del territorio, al fine di determinare la quota capitaria pesata per il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali, atta a rappresentare equamente il fabbisogno sanitario espresso dalla popolazione residente secondo lo schema seguente:

Livello assistenziale	% Totale livello	Descrizione	Aliquote
Prevenzione	5%	Prevenzione	4,750%
		Correttivo territorio	0,250%
Assistenza Territoriale	51%	Convenz. mediche nazion.	6,500%
		Convenz. Farmacie	13,000%
		Specialistica ambulat.	11,500%
		Emergenza - Ares I 18	1,605%
		Anziani resid.	2,250%
		Distrettuale e domicili. o riabilitazione	10,595%
		Salute mentale	1,850%
		Dipendenze	1,150%
		Correttivo territorio	2,550%
		Assistenza Ospedaliera	44%
Correttivo territorio	2,200%		
Totale	100%	Totale	100,000%

LA PRESIDENTE
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

segue Decreto n. _____ del _____

- 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.

PRESO ATTO della nota prot. 213087/2011 con cui il Direttore della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale ha disposto l'adozione del criterio da utilizzare per la determinazione del finanziamento della funzione per attività riabilitativa con il quale l'ASP-LazioSanità ha elaborato il riparto contenuto nella nota ASP 15186/DG del 30/11/2011;

RITENUTO necessario, tenuto conto di quanto sopra definito in € 586.797.275 l'importo complessivo massimo da destinare al finanziamento delle funzioni assistenziali, non coperte da tariffe predefinite, previste dall'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92, nell'ambito di attività che rispondono a specifiche caratteristiche generali, che rappresentano e richiedono un apposito correttivo ai criteri generali di allocazione della quote pro capite e che per il 2011 vengono individuati i seguenti finanziamenti ripartiti fra le strutture interessate secondo i seguenti criteri:

- 1) Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza - € 260.000.000, secondo i seguenti criteri:
 - Selezione delle strutture delle reti di urgenza ed emergenza sedi di DEA di I e II livello;
 - Differenziazione delle strutture a seconda dell'organizzazione e del ruolo svolto nelle reti di emergenza (emergenza ed urgenza: DEA I, II; emergenza traumatologica: centro traumi di zona, centro traumi alta specializzazione; emergenza cardiologica: centri hub, centri spoke 1 e 2; emergenza neuro vascolare: unità trattamento neuro vascolare I e II livello, team neuro vascolare);
 - Differenziazione delle strutture sulla scorta dei volumi di attività per ricoveri ordinari e D.H., per ricoveri specializzati e per accessi di pronto soccorso non seguito da ricovero;
- 2) Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi all'organizzazione dei trattamenti di terapia intensiva - € 165.000.000, secondo i seguenti criteri:
 - Selezione e differenziazione delle strutture con posti letto di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronarica anno 2010 tratti dall'allegato "D" del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 80 del 30/09/2010 concernente la "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Regionale";

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

segue Decreto n. _____ del _____

**7) Finanziamento dei maggiori costi per la presenza delle facoltà di medicina
- € 68.870.000, secondo i seguenti criteri:**

- Individuazione dei Policlinici universitari statali e non statali e delle Aziende Ospedaliere, sedi dell'intero triennio della facoltà di medicina, secondo i protocolli d'intesa Regione/Università, nella misura prospettica, pari ad una percentuale massima dell'8 per cento del valore totale della produzione attesa, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del DM. 31.7.2007, come da relativa tabella di ripartizione;

**8) Finanziamento dei programmi sperimentali di assistenza in ambito oncologico
da parte dei policlinici universitari - € 12.090.000, secondo i seguenti criteri:**

- Individuazione dei programmi sperimentali di assistenza in ambito oncologico ad elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona da parte di Policlinici universitari; finanziamento del contributo regionale riferito alle progettualità proposte in base alla programmazione regionale a seguito di valutazione della Direzione regionale competente in materia, proporzionale al peso economico degli stessi;

RIBADITO che il finanziamento dei maggiori costi connessi alle funzioni assistenziali nell'ambito delle attività definite dal comma 2 dell'art. 8-sexies del D.Lgs. 502/1992, così come risulta dalle tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7 che formano parte integrante del presente provvedimento, sono prospettici e soggetti a rendicontazione, per cui è richiesto obbligatoriamente alle strutture interessate di produrre entro tre mesi dalla fine dell'esercizio apposita rendicontazione dei relativi costi sostenuti e del volume delle attività svolte, nonché, per le parti di finanziamento inerenti la revisione della rete dell'offerta assistenziale (rete dell'emergenza e nuove attivazione di posti letto) è richiesta entro tre mesi dalla data di chiusura dell'esercizio una puntuale rendicontazione da parte delle ASL di competenza territoriale sull'effettivo funzionamento nell'anno 2011 dei nuovi posti letto attivati in strutture pubbliche e private;

RITENUTO pertanto, sulla scorta delle suesposte considerazioni, di ripartire il F.S.R. 2011 per assicurare i livelli essenziali di assistenza regionali, come segue:

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(dalliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

segue Decreto n. _____ del _____

Finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza	Percentuale	Importi parziali	Importi totali
Quota in gestione accentrata regionale	1,30%		€ 125.040.000
Quota a destinazione finalizzata	6,10%		€ 586.797.275
Finanziamento attività con rilevanti costi d'attesa, urgenza ed emergenza sanitaria			
Quota a funzione per emergenza ed urgenza - Tab. 1		260.000.000	
Quota a funzione per emergenza terapia intensiva - Tab. 2		165.000.000	
Finanziamento programmi attività			
Quota finanziamento centri assistenza malattie rare - Tab. 3		17.800.000	
Quota finanziamento centri e attività trapianti - Tab. 4		32.237.275	
Quota finanziamento centri regionali di riferimento - Tab. 5		10.800.000	
Quota finanziamento trattamenti differenziali assistenza riabilitativa - Tab. 6		20.000.000	
Finanziamento programmi differenziali			
Quota finanziamento maggiori costi presenza facoltà medicina - Tab. 7		68.870.000	
Accantonamento per finanziamento programmi sperimentali di assistenza in ambito oncologico da parte dei policlinici universitari		12.090.000	
Quota indistinta parametrata pro capite per LEA:	92,80%		6.906.649.620
Prevenzione	5,00%	445.332.481	
Quota pesata	4,750%	423.065.857	
Correttivo geomorfologico	0,250%	22.266.624	
Assistenza territoriale	51,00%	4.542.391.306	
Medicina generale di base	6,500%	578.932.225	
Farmaceutica	13,000%	1.157.864.451	
Specialistica ambulatoriale	11,500%	1.024.264.706	
Emergenza - Ares 118	1,605%	142.941.320	
Anziani residenziale	2,250%	200.399.616	
Territoriale, distrettuale, domiciliare e riabilitaz.	10,595%	943.669.924	
Salute mentale	1,850%	164.773.018	
Dipendenze	1,150%	102.426.471	
Correttivo geomorfologico	2,550%	227.119.565	
Ospedallera	44,00%	3.918.925.833	
Quota pesata	41,800%	3.722.979.541	
Correttivo geomorfologico	2,200%	195.946.292	
T o t a l e (come da quota riparto FSN 2011, atto n.165/CSR 75 del 27.07.2011, al lordo saldi mobilità interregionale)			€ 9.618.466.895

DECRETA

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

LA PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

segue Decreto n. del

- 1) di procedere alla ripartizione del F.S.R. 2011 come da tabella riportata in premessa;
- 2) di assicurare il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, secondo i criteri stabiliti in premessa, con le risultanze di cui all'Allegato A, al presente provvedimento;
- 3) di definire il riparto delle funzioni assistenziali di cui al comma 2 dell'art. 8-sexies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, con remunerazione in base al costo standard differenziale di produzione del programma di assistenza, secondo i criteri riportati in premessa con le risultanze di cui alle Tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7;
- 4) di disporre che le Aziende e le strutture che sono state inserite nel programma di finanziamento a funzione di cui al precedente punto 3) sono tenute alla presentazione a fine esercizio, entro il mese di marzo 2012, di relativa analitica rendicontazione delle attività svolte e dei costi sostenuti fermo restando che i livelli massimi di finanziamento per singola funzione sono da considerarsi immutabili. Entro lo stesso termine l'Agenzia di Sanità Pubblica ASP-Lazio sanità provvede a trasmettere la relazione di cui al punto 6 delle premesse relativo al finanziamento dei maggiori costi per i trattamenti differenziali caratterizzati da elevato grado di personalizzazione delle prestazioni o del servizio reso alla persona per assistenza riabilitativa.

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 erogatori.

RENATA POLVERINI


Allegati riparto
F.S.R. 2011.pdf

Alligato al Decreto della Presidenza in qualità di Commissario ad acta n. 421

Alligato A

RIPARTO P.S.P. 2011 - QUOTA A DESTINAZIONE INDISTINTA PER LIVELLI DI ASSISTENZA-PARAMETRICA

LIVELLO ASSISTENZIALE	101 FMA	102 FMB	103 FMC	104 FMD	105 FME	106 FMF	107 FMG	108 FMH	109 FI	110 LI	111 LT	112 FK	AREE 116	TOTALE COSTO PARAMETRICO
Previdenza	0,413	0,632	0,483	0,433	0,454	0,281	0,433	0,443	0,344	0,449	0,448	0,415	0,000	5,000
Previdenza	0,395	0,587	0,443	0,374	0,435	0,267	0,422	0,448	0,331	0,467	0,415	0,415	0,000	4,750
Contratto sanitario Invalore	0,028	0,025	0,020	0,021	0,019	0,014	0,027	0,018	0,019	0,021	0,019	0,019	0,000	0,250
Territoriale-distribuzione	4,373	5,789	4,771	4,083	4,569	2,603	4,211	4,270	3,692	4,519	4,794	4,794	1,405	52,000
Comenzioni mediche nazionali	0,463	0,664	0,514	0,288	0,499	0,367	0,639	0,461	0,350	0,555	0,445	0,445	0,000	6,500
Convenzione Farmacie	1,216	1,551	1,364	1,310	1,257	0,848	1,098	1,160	0,795	1,297	1,143	1,143	0,000	33,000
Specialistica ambulatoriale	1,060	1,377	1,158	1,154	1,105	0,587	0,924	1,007	0,443	1,095	1,032	1,032	0,000	21,500
Emergenza - Area 118	0,239	0,255	0,254	0,225	0,234	0,101	0,180	0,174	0,137	0,176	0,181	0,205	0,000	1,805
Analisi mediche	0,551	0,705	0,546	0,264	0,461	0,344	0,501	0,376	0,276	0,476	0,331	0,331	0,000	2,250
Orientamento e controlli e riabilitazione	0,158	0,208	0,164	0,061	0,103	0,061	0,103	0,076	0,076	0,103	0,076	0,076	0,000	1,000
Assistenza salute mentale	0,094	0,124	0,094	0,084	0,074	0,037	0,061	0,037	0,037	0,061	0,037	0,037	0,000	0,500
Assistenza di periferia	0,084	0,104	0,084	0,074	0,064	0,037	0,061	0,037	0,037	0,061	0,037	0,037	0,000	0,500
Contratti di territorio distrettuale	0,087	0,107	0,087	0,077	0,067	0,037	0,061	0,037	0,037	0,061	0,037	0,037	0,000	0,500
On-prem/AVV	2,487	3,286	2,771	2,304	2,518	1,353	2,083	2,001	1,394	2,509	2,440	2,440	0,000	44,000
Assistenza ospedaliera	1,743	2,061	1,698	1,183	1,949	2,220	3,444	3,975	1,243	3,340	3,932	3,671	0,000	40,000
Contratto territorio ospedaliero	0,157	0,204	0,173	0,199	0,183	0,104	0,237	0,196	0,159	0,243	0,196	0,196	0,000	2,200
Totale riparto per ASL in percentuale	8,403	11,653	9,402	8,746	9,483	5,239	8,340	8,793	5,369	9,748	9,748	9,748	1,805	100,000
Totale riparto per ASL in milioni euro	778.530,963	1.077.931,533	840.705,621	851.072,226	904.116,502	466.591,323	745.847,010	743.809,198	521.297,920	1.024.275,052	1.024.275,052	1.024.275,052	1.805	1.000,000

PROGETTO F.3.3. 2011 - QUINDI-FINALIZZATA PER FINANZIAMENTO MAGGIORI CODICI COMUNI ALTERNATIVI DI ASSISTENZA PER L'EMERGENZA, INIZIATIVA PER LE RETI REGIONALI DI EMERGENZA

TABELLA 1

ANZ	CODICE	DENOMINAZIONE (COMUNE)	DATI STRUTTURATI										DATI ATTIVITÀ				RISULTATO				
			DEA-III	DEA	CENTRO	PUNTI	UTM	PUNTI	GRUPPO	RETE	PUNTI	PERICOLO	VALORE	N. RICOVERI	PUNTI	VAL ACCESSI	PUNTI	PERICOLO	PERICOLO	%	QUOTA
			DEA	DEA	TRAMMIA	TRAMMIA	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ	RICETTIVITÀ						
101	072	San Giovanni Cappelletto - PSE	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	0,80	0,80	3,80	50,000	0,75	385	0,47	5,614,637	1,18	3,40	3,5	1,1%	2,297,578
102	165	Pallidoro Castellina	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,50	58,634	0,86	508	1,38	8,511,592	1,74	3,88	17,5	2,3%	5,388,032
103	267	Sandole Baroni	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	1,00	1,00	4,80	47,055	0,69	444	1,25	12,024,363	2,87	4,35	28,9	2,7%	6,996,575
104	066	Sant'Eugenio	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	0,80	0,80	5,60	59,780	0,87	492	1,25	8,148,404	1,71	3,84	11,5	2,8%	7,202,564
105	078	Marete di Valminio - Figue di S. Camillo	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,80	56,912	0,94	309	0,88	5,755,871	1,21	2,64	10,8	2,4%	3,544,438
106	064	Giovane Botteghe Grazi	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,80	39,410	0,91	281	0,72	4,341,720	0,91	2,59	18,4	1,5%	3,418,881
107	076	P.O. Santa Spilite	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,50	34,480	0,91	408	1,03	9,298,025	1,95	3,18	18,3	2,0%	5,116,881
108	073	San Pietro - Santharomero-III	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	3,70	34,356	0,80	285	0,75	5,888,210	1,24	2,87	9,5	1,2%	3,431,677
109	189	Arreda Hospital	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,50	28,403	0,82	251	0,64	3,465,210	0,74	1,80	8,5	1,1%	2,671,170
110	075	Predecessore N. Gerardo	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	0,60	0,60	13,30	26,665	1,97	1,508	4,10	9,700,795	2,09	10,11	38,4	2,7%	4,577,651
111	043	San Paolo	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	0,60	0,60	4,10	22,083	0,31	117	0,30	4,488,177	0,28	1,26	8,4	0,8%	2,151,488
112	043	San Giovanni Evangelista	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	0,60	0,60	4,10	12,944	0,26	162	0,46	6,587,570	1,38	2,41	8,7	1,1%	2,400,232
113	071	Palidoro	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	6,00	89,996	0,74	513	1,51	6,683,444	2,40	3,51	21,1	2,7%	7,058,089
114	070	San Carlo de' Lelli	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,80	69,494	1,08	758	1,94	8,438,027	1,85	4,28	39,0	2,7%	4,384,951
115	200	P.O. Latina Nord	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	1,00	1,00	6,70	51,726	0,76	384	0,86	5,854,252	2,22	2,82	13,7	1,8%	4,384,951
116	206	P.O. Latina Sud	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,80	54,971	0,63	215	0,56	7,109,039	1,49	2,58	10,4	1,2%	3,471,803
117	216	Uscumano	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	6,70	21,422	0,32	106	0,36	3,044,377	1,08	1,78	7,2	0,9%	3,041,107
118	218	Stazione de' Rasti	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	0,60	0,60	13,50	155,011	2,48	1,728	4,40	12,416,893	2,89	9,53	38,6	4,6%	43,116,374
119	202	San Camillo - Maratona	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	8,30	95,059	1,40	887	2,18	8,334,864	2,78	5,29	43,9	5,7%	14,789,654
120	203	San Filippo Neri	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,80	84,975	1,25	768	1,95	4,478,008	0,98	4,18	70,1	2,6%	6,792,617
121	206	Polinella Lumbroli	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	13,50	182,577	2,89	1,594	4,06	17,107,408	3,60	10,37	18,7	6,8%	46,825,804
122	215	San Andrea	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 2	Spoke 2	1,00	1,00	4,80	79,189	1,37	711	1,81	7,204,460	1,51	4,49	21,6	2,8%	12,226,108
123	226	Predecessore Tor Vergata	DEA	2,5	PT	0,00	Spoke 1	Spoke 1	0,60	0,60	8,20	102,189	1,34	861	2,66	8,881,683	1,86	4,87	38,9	6,1%	13,575,602
		TOTALE		78,5		32,80			29,80		150,80	1,987,796	25,00	13,737	35,00	190,882,832	40,00	300,00	775,08	1,90	290,000,000

RIPARTIZIONE F.S.R. 2011 - QUOTA FINALIZZATA PER FINANZIAMENTO REGIONI COSTI DI ASSISTENZA CONNESSI AI PROGRAMMI DI ASSISTENZA A MALATTIE RARE

TABELLA 3

ASL	Codice	ISTITUTO	NUMERO CENTRI	NUMERO PRESID	TOTALE CENTRI/PRESIDI	TOTALE UTENTI	PESO CENTRI	PESO PRESID	PESO STRUTTURALE	QUOTA PER STRUTTURALE	QUOTA PER UTENTI	TOTALE FINANZIAMENTO
906	906	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO UMBERTO I	28	12	20	3.279	1	0,5	14,0	2.800.000	3.929.325	6.729.325
920	920	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO TOR VERGATA	28	3	6	280	1	0,5	4,5	900.000	335.333	1.235.333
905	905	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO A. SEMELLI	5	1	10	1.383	1	0,5	9,5	1.900.000	1.657.291	3.557.291
901	901	A.O. S. CAMILLO FORLANINI	2	2	4	1.176	1	0,5	3,0	500.000	1.411.693	2.011.693
903	903	A.O. SAN FILIPPO NERI	1	2	3	136	1	0,5	2,0	400.000	152.973	552.973
072	072	A.O. SAN GIOVANNI CAUBITA - ESTESELEFRATELLE	0	0	1	61	1	0,5	0,5	100.000	73.098	173.098
918	918	IRCCS INMI LAZZARO SPALLANZANI	0	0	1	7	1	0,5	1,0	200.000	8.388	208.388
911	911	IRCCS INMI LAZZARO SPALLANZANI	0	1	1	446	1	0,5	0,5	100.000	538.050	638.050
073	073	ID-ISTITUTO DERMOPATICO DEL BRANCONIATA	1	0	1	20	1	0,5	1,0	200.000	23.957	223.957
909	909	IRCCS SANTA LUCIA	0	1	1	13	1	0,5	0,5	100.000	15.578	115.578
908	908	IRCCS - IFO REGINA ELENA/SAN GABRIEL	2	0	2	175	1	0,5	2,0	400.000	209.708	609.708
066	066	OSPEDALE S. EUGENIO - ASL RM C	3	1	4	283	1	0,5	3,5	700.000	346.317	1.046.317
090	090	OSPEDALE DE' TORNABUONI - ASL RM C	0	1	1	143	1	0,5	0,5	100.000	168.965	268.965
019	019	OSPEDALE S. CAMILLO DE' CELIS - ASL NIET	1	2	3	16	1	0,5	2,0	400.000	19.173	419.173
TOTALE			51	27	58	7427			44,5	3.900.000,00	2.900.000,00	17.900.000,00

RIPARTO FSR 2010 - QUOTA FINALIZZATA A FUNZIONE PER IL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI CONNESSI ALLE ATTIVITA' DEI CENTRI REGIONALI DI RIFERIMENTO

TABELLA 5

ASL	Codice	STRUTTURA	CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE	QUOTA A FUNZIONE	TOTALE
105	905	POUQUIN UNIV. ANON. STATALE GEMELLI	Centro Antiveleni	1.200.000	1.200.000
901	901	A.O. S. CAMILLA E ORSINI	Centro regionale di coordinamento e compensazione - sistema trasfusionale	1.200.000	1.200.000
902	902	O. S. GIGLIANNI	Intesti corrali (banca occhi)	1.200.000	1.200.000
			Screening neonatale	1.200.000	
			STEN - Servizio Trasporto Emergenze Neonatali	1.200.000	4.800.000
906	906	POLICLINICO UNIV. STATALE LAMBERTO I°	Fibrisi Gstrico	1.200.000	
			Centro Antiveleni	1.200.000	
908	908	I.R.C.C.S. I.F.O.	Banca regionale tessuto muscolo scheletrico	1.200.000	1.200.000
000	000	SPESA ACCENTRATA REGIONALE	Centro Regionale trapianti	1.200.000	1.200.000
TOTALE					10.800.000

Allegato al Decreto della Presidente in qualità di Commissario ad acta n.

del

TABELLA 6

RIPARTIZIONE F.S.R. 2011 - QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA PER I PROGRAMMI DI ASSISTENZA AD ELEVATO GRADO DI PERSONALIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO RESO ALLA PERSONA - ASSISTENZA RIABILITATIVA POST ACUIE

ASL	CODICE	STRUTTURA	Funzione complessità assistenziale (mercato DCA 57/2010)		FUNZIONE CENTRO DI RIFERIMENTO RIABILITATIVO DI ELEVATA SPECIALIZZAZIONE PER GCA (DCA 75 E 76/2010 E 9/2011)		TOTALE FINANZIAMENTO
			GG TOTALI 2010 PER MIELOESI, PARA/TETRAPLEGICI C.F. GCA	PESO	FINANZIAMENTO	"PESO" (PL DCA 90/2011)	
103	058	Centro Traumatologico Ortopedico	9.524	17,1	2.491.650,49	-	2.491.650
103	909	Fondazione Santa Lucia	28.635	50,9	7.413.074,43	88,89	12.243.650
104	065	Centro Paraplegici Ostia	8.887	15,8	2.300.842,42	-	2.300.842
112	277	San Raffaele - Cassino	9.094	16,2	2.354.433,66	11,11	2.958.818
TOTALE			56.238	100,00	14.560.000,00	100,00	20.000,000

Allegato al Decreto della Presidente in qualità di Commissario ad acta n.

del



REPARTO F.S.R. 2011 - QUOTA FINALIZZATA FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI ASSISTENZA NELLE STRUTTURE CON PRESENZA PERCORSI
UNIVERSITARI FACOLTA' DI MEDICINA

TABELLA 2

ASL	Codice	STRUTTURA	IMPORTO
103	915	POLICLINICO UNIVERSITARIO NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	5.978.000,00
105	905	POLICLINICO UNIVERSITARIO NON STATALE A. GEMELLI	26.254.000,00
906	906	POLICLINICO UNIVERSITARIO STATALE UMBERTO I°	18.165.000,00
919	919	AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA	8.352.000,00
920	920	FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA	10.121.000,00
T O T A L E			68.870.000,00

Nota: aliquota 3% sul totale del valore della produzione complessiva di prestazioni sanitarie rilevate nel 2010.



Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012)

N. 00348 del 22 NOV. 2012

Proposta n. 24707 del 19/11/2012

Oggetto:

Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza specialistica anno 2012 -

Richiesta di pubblicazione sul BUR: SI

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012)

DECRETO n. 000348/2012

OGGETTO: Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini - applicazione art. 15, comma 14 - Assistenza specialistica anno 2012 -

Il Commissario ad acta

PRESO ATTO che con Deliberazione del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012 al Dott. Enrico Bondi è stato conferito l'incarico di commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, fino alla data di insediamento del nuovo presidente della Giunta della Regione Lazio e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 è stato stabilito di rimodulare le funzioni conferite al Dott. Giuseppe Antonio Spata con la deliberazione del 3 Marzo 2011, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicate nella medesima deliberazione del 20 gennaio 2012;

PRESO ATTO che con la medesima deliberazione il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato sub Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dei Disavanzi e di riqualificazione del SSR Laziale, con particolare riferimento alle azioni ed interventi indicati nella stessa deliberazione del 20 gennaio 2012;

VISTO il regolamento regionale n. 1 del 6 settembre 2002 e s.m.i., con particolare riferimento all'art. 98;

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge n. 311 del 30/12/2004 - legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTO l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del

Piano di rientro con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, approvato con DGR n. 149 del 06.03.2007;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato - Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni" il quale, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RILEVATO quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 8 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 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;

VISTO l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale che indicano, tra l'altro:

- il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 quinquies, comma 2, lettera d);
- la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionale, 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

22 NOV. 2012

misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),
...omissis....(art. 8 quinquies, comma 2, lettera e- bis):

VISTO l'art. 8-quinquies, comma 2-quater del D.Lgs. 502/92 il quale prevede che: "Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ... e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis";

VISTO l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. 502/92, che a tal proposito, 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;

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha tra l'altro ribadito che: 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 siregua 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";

PRESO ATTO delle avvenute intese di riconversione/riorganizzazione sottoscritte con le strutture private ai sensi di quanto previsto dal decreto commissariale n. U 0080/2010 e ratificate con relativi decreti commissariali;

VISTO il decreto n. U0089 del 7 giugno 2012 recante: Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private. Individuazione livello di finanziamento anno 2012 (salvo conguaglio): prestazioni di P.S, dialisi, distribuzione diretta di farmaci;

PRESO ATTO della L. 135/2012 del 7 agosto 2012, pubblicata sul suppl. Ordinario n. 173 della G.U. n. 189 del 14.08.2012 che ha convertito in legge, con modifiche il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa

AN

pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" ed in particolare dell'art. 15, comma 14, il quale ha espressamente previsto, in tema di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, che "a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1997, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisca il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera a), ultimo periodo del decreto - legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

PRESO ATTO delle note prot. 163135 DB/07/09 del 04.09.2012 e prot. 167926 DB/07/09/ del 13.09.2012, con cui è stata data informativa ai soggetti interessati - anche tramite le Associazioni di categoria - riguardo la norma sopra riportata e precisato essere in corso di predisposizione i provvedimenti attuativi della stessa attraverso la rettifica dei provvedimenti di budget 2012;

PRESO ATTO che per l'anno 2011, il costo consuntivato dell'attività di specialistica ambulatoriale, tratto dal CE Consuntivo 2011 (voci di costo B02095 + B021120) è pari ad € 397.386.000;

PRESO ATTO che il suddetto costo consuntivato 2011 è al netto della valorizzazione della quota ricetta 2011 pari ad € 20.244.191;

PRESO ATTO che i budget 2012 sono al lordo della quota ricetta;

PRESO ATTO che l'importo di € 397.386.000 comprende le prestazioni di pronto Soccorso e di dialisi (attività non soggette ad attribuzione di budget) valorizzate rispettivamente in € 48.221.491 e in € 56.535.290;

PRESO ATTO, pertanto, che l'importo da porre a confronto con i budget 2012 è individuato dalla somma del costo consuntivato di cui sopra e della valorizzazione della quota ricetta, al netto della valorizzazione delle prestazioni di P.S. e dialisi;

DN

PRESO ATTO che il suddetto importo è pertanto individuato in € 312.873.410 e che lo 0,5% dello stesso è pari ad € 1.564.367;

PRESO ATTO, pertanto, che la spesa complessiva per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica per l'anno 2012 non deve superare l'importo € 311.309.043;

PRESO ATTO che il tetto di spesa complessivo anno 2012 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale decretati, e degli accantonamenti relativi all'attività di specialistica ambulatoriale oggetto di riconversione, riattribuzione, rideterminazione, ammonta ad € 312.635.566 al netto della valorizzazione delle prestazioni di pronto Soccorso e di dialisi;

RITENUTO, in applicazione dei criteri indicati dall'art. 15, comma 14 della L. 135/2012, che l'abbattimento del budget dell'attività di specialistica ambulatoriale determinati con il Decreto Commissariale n. 89/2012, è calcolata sulla base della differenza tra il valore del tetto complessivo dell'attività della specialistica ambulatoriale di cui sopra 2012, pari ad € 312.635.566 e il valore del nuovo tetto di spesa pari ad € 311.309.043 rideterminato ai sensi dell'art. 15, comma 14 L. 135/2012 rapportata al valore del tetto complessivo di € 312.635.566 come sopra definito:

$$\frac{(312.635.566 - 311.309.043)}{312.635.566} = 0,4243\%$$

RIBADITO che le riduzioni di che trattasi non si applicano per l'attività di specialistica alle prestazioni di Pronto Soccorso e dialisi;

PRESO ATTO, pertanto, che i budget 2012 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al DPCA U 0089/2012 sono, ai sensi delle sopracitata L. 135/12, art. 15 c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 0,4243%;

PRESO ATTO dell'allegato: "Budget 2012 Specialistica - L. 135/2012 art. 15, c.14", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO che il presente decreto è a valere sui contratti/accordi già in essere sottoscritti dagli erogatori privati ed equiparati (Policlinici Universitari non Statali, Ospedali Classificati, IRCCS Privati);

RITENUTO che i contratti /accordi non ancora sottoscritti dovranno essere modificati secondo quanto disposto dal presente decreto, ribadendo che l'art. 8 quinquies del D.lgs 502/92 e s.m.i prevede che "in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture e del

professionisti eroganti prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale interessati è sospeso" e che il DPCA U 0089/2012 ha previsto "che in caso di mancata sottoscrizione del contratto/accordo nei tempi stabiliti, la ASL dovrà inviare immediatamente all'interessato atto di diffida ad adempiere alla sottoscrizione del contratto/accordo, entro 15 giorni dall'invio della diffida stessa. Nel caso, alla scadenza del termine fissato non fosse intervenuta la sottoscrizione del contratto/accordo, la ASL dovrà procedere a:

- a) inviare alla Direzione Programmazione e Risorse del SSR la comunicazione della mancata sottoscrizione del contratto/accordo ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, D.Lgs. 502/92;
- b) sospendere contestualmente la procedura di liquidazione delle fatture delle prestazioni fino ad allora rese, sino alla verifica definitiva della remunerazione effettivamente dovuta;"

CONSIDERATO che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rideterminare ulteriormente i budget 2012 di cui al presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale;

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

DATO ATTO che per quanto non modificato dal presente decreto rimane fermo tutto quanto stabilito dai decreti commissariali sopra citati;

DECRETA

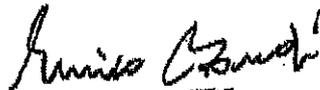
le premesse sono parte integrante del presente provvedimento:

1. di dare applicazione a quanto disposto dall'art. 15, comma 14 della L. 135/2012 che ha convertito in legge, con modifiche il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";
2. che i budget 2012 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al DPCA U 0089/2012 sono, ai sensi della sopracitata L. 135/12, art. 15 c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 0,4243%;

3. di approvare l'allegato: "Budget 2012 Specialistica - L 135/2012 art. 15, c.14", che rappresenta parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rideterminare ulteriormente i budget 2012 di cui al presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale;
5. che la definizione e l'attribuzione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente;
6. che per quanto non modificato dal presente decreto rimane fermo tutto quanto stabilito dal decreto commissariale sopra citato;

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

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio


ENRICO BONDI

MB

Allegato Budget 2012 Speditec L. 135/2012 art. 15 c. 14

		A		B		C=(B-C)	
Denominazione struttura		Budget 2012 DFCA U-0089/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14			Differenza	
101	096594	NARGI MAURIZIO	64.355,72	64.682,60			233,66
101	096604	MATRICCIANI ANTONIO	17.189,13	17.336,54			72,59
101	096803	PASSARELLI GIUSEPPE	28.990,65	28.867,64			123,01
101	608101	SCIARRA ANALISI CLINICHE	56.534,75	56.294,87			239,88
101	608501	MARCO POLO C D C	883.707,59	879.958,42			3.749,57
101	601461	VILLA ALBA IST. CURA FISICHE	294.140,39	292.892,35			1.248,04
101	601701	LAZIO STUDIO MEDICO SRL	162.066,36	161.378,71			687,65
101	602501	CENTROLAB SRL	36.560,61	26.447,92			112,70
101	602901	LAB. AN. CL. VIMINALE SRL	53.913,26	53.684,53			228,75
101	603101	EMATOLOGICO MILANESE SRL	43.305,37	43.020,06			183,31
101	603201	SALUS CENTRO MEDICO DIAGNOSTICA	262.833,49	261.718,28			1.115,20
101	603301	CENTRO RADIOIAG. FKT SRL	179.988,38	179.216,72			763,66
101	603401	MACHIAVELLI MEDICAL HOUSE	925.506,48	921.579,56			3.926,92
101	603501	FISIOFISIOESTERAPIA 21 S.R.L.	116.431,30	115.937,28			494,02
101	603801	L.A.P. DI NATALIZIA GIORGIO	48.777,56	48.579,08			208,56
101	604402	SOMALIA SALUS	128.023,31	119.514,05			509,26
101	604502	ARTEMISA S.P.A.	465.314,94	463.615,11			1.719,84
101	604602	IL KINESIOTERAPICO SRL	211.428,36	210.531,27			897,09
101	604802	LAB. AN. CLIN. DR. M. BARRATO SRL	30.349,66	30.812,78			127,89
101	605802	STUDIO RADIOLOGICO LIBIA SRL	45.254,64	45.062,62			192,02
101	605902	L'CEUM SRL	209.108,18	199.259,12			949,06
101	605902	LAB. AN. CL. S. EMERENZIANA	147.752,39	147.125,38			626,91
101	606102	LAB. AN. CLINICA ALESSANDRIA SRL	104.085,00	103.693,96			441,63
101	607002	LAB. ANAL. CLIN. GIANTURCO SRL	63.637,53	63.367,52			270,01
101	607302	BCS S.P.A.	1.276.400,98	1.278.985,31			5.415,77
101	607402	IMMUNOLAB SRL	41.753,10	41.575,94			177,16
101	607703	BROCCHIERI SRL	28.712,41	28.892,71			119,71
101	607903	BIOIAGNOSTICA SRL	377.937,72	376.334,13			1.603,59
101	608703	CATTANEO SRL	177.347,94	176.595,46			752,49
101	608803	CTR. LABORATORI SRL	54.561,28	54.339,08			231,59
101	608903	VILLA USPERIA SRL	308.368,97	313.801,68			5.432,71
101	609003	LAB. ANALISI CLIN. BOLOGNA SRL	178.172,51	177.421,58			750,93
101	609303	BIOLEVISI SRL SERVIZI SANITARI S.R.L.	31.312,96	31.688,55			375,59
101	610203	LAB. IPPOCRATE SRL	1.832,94	1.825,16			7,78
101	610904	S. MICHELE S.P.A.	761.049,39	789.722,67			3.326,72

ME

C.k(B-C)

B

A

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA U 0089/2012	Budget 2012 L. LXXII/2012 art. 15 c.14	Differenza
101	610604 VILLA TIBERIA	626.071,83	633.415,40	2.656,62
101	610704 VILLA VALERIA POLLAMBULAT.	156.256,02	156.869,48	494,54
101	611004 SPENA SRL	368.113,78	366.551,88	1.561,91
101	611104 TALENTI POLLAMBULATORIO	166.321,26	165.615,86	705,70
101	611204 ARISTEA SRL	54.768,28	54.535,80	232,38
101	611304 PRODA SRL	451.216,00	451.213,14	1.923,08
101	611404 LABORATORIO GRAF SRL	126.227,91	123.691,36	535,59
101	611504 ORTASA SRL	131.599,16	136.841,52	557,53
101	611604 FERRETTI 40 SRL	249.449,78	240.475,98	1.024,47
101	611704 OREDA SRL	280.097,08	280.097,08	849,02
101	611804 MEDET SNC	168.718,58	159.248,87	715,87
101	611904 CAPRI MEDICAL HOUSE	115.905,91	115.414,15	491,79
101	612004 DELLE VALLI SRL	1.597.572,69	1.596.295,83	6.777,65
101	612104 LAB. AN. CLIP. DR. SANDONE	65.412,96	65.135,35	277,53
101	612204 BIOCINICA ROMANA SRL	159.048,09	158.393,23	674,84
101	612304 TIZIANO CONSULTORIO SRL	173.983,56	173.245,35	738,21
101	612404 DIAGNOSTICA SRL	86.962,84	86.593,86	368,98
101	612504 NOVA MEDICA SRL	448.637,55	446.159,01	1.903,59
101	612604 ACCADEMIA SRL	297.699,74	296.036,68	1.269,34
101	612704 ST. PET ROMANO	181.328,44	180.559,07	769,38
101	612802 RX NOMETANA DR. CARVELLI S.N.C.	3.896,94	3.883,78	13,16
101	612902 PROF. DE L'ARCANGELIS SRL	114.774,34	114.287,35	486,99
101	613002 LIQUISA S.A.S. SRL	583.319,44	581.016,44	2.303,00
101	613102 GIULIO CIAPPI SRL	233.701,97	232.710,87	991,10
101	613202 L.E.A. S.N.C.	186.378,41	185.597,61	780,80
101	613302 F.C.R.A.S.I. SRL	50.170,98	50.157,74	213,72
101	613402 ELAMFIO 9 SRL	146.594,59	145.372,58	622,00
101	613501 ISTITUTO FLEMING SRL	103.091,31	102.564,29	437,03
101	613602 LAB. AN. CL. DR. L. ANTONINI SRL	62.078,93	62.489,86	181,95
101	613701 LABORATORIO DE SANTIS SRL	68.665,17	68.343,81	291,35
101	613804 COPIREZ STUDIO SRL	539.515,79	537.226,62	2.289,17
101	613904 GENINI MEDICAL SRL	171.196,11	172.461,24	734,87
101	614004 GILAR SRL	108.073,33	107.831,78	458,55
101	614101 FISIOCENTRO SRL	61.183,11	60.923,63	259,68
101	614202 CARDIOLOGISTICA SRL	38.501,41	38.381,17	120,93

120

C = (B-C)

B

A

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA U 00892/012	Budget 2012 L. 1352012 art. 15 c. 14	Differenza
101	656404 CAR. VIT. AL. SRL	83.437,26	83.431,61	355,76
101	657202 LAB. AN. CLINICHE F. GORRI SRL	36.433,75	36.279,16	154,59
101	658503 AFELI AMBULATORIO	112.345,67	112.346,87	478,80
101	659201 AN. CLINICHE CASTELFRUARDO SRL	119.294,71	118.788,84	506,17
101	659702 COMPAGNIE GEN. DES HOPITALUX	147.703,84	147.075,14	626,70
101	660004 STUDIO POLIS. NOMBRIANO	566.600,85	564.256,51	2.344,34
101	660604 MEDICAL HOUSE VIGNE NUOVE SRL	2.152.148,16	2.143.016,00	9.131,56
101	662202 SOCIETA' ATTIVITA' SANITABIE	785.407,47	782.074,99	3.332,48
101	663401 MEDICAL COVER	78.112,86	77.781,43	331,43
101	663604 GEMINE MEDICAL CENTER	43.434,31	43.290,02	144,29
101	663702 GIARNIERI SRL	335.963,61	334.239,39	1.724,22
101	664304 DIAGNOSTICA BIOMED SRL	169.609,08	159.987,95	681,72
101	666002 IKOR SRL	208.263,83	199.414,11	849,72
101	666104 MONTECERVIALTO RADHOL. SRL	80.394,95	80.581,67	343,28
101	666402 BRUSCA SRL LABORATORIO	13.849,21	13.790,65	58,76
101	666702 PAVIA RADIOLOGICA	72.574,68	72.266,66	307,93
101	666803 STUDIO DI DIAGNOSI MEDICA SRL	81.615,23	81.368,94	246,29
101	667104 MEDICAL IMAGING ECO-X SRL	32.591,64	32.762,08	139,60
101	668102 ZURIGO SRL	187.645,93	186.849,75	796,18
101	668704 DI GIORGI PATOLOGIA CLINICA SRL	9.211,35	9.172,27	39,08
101	668802 SARGENTINI LAB. AN. CL.	60.656,89	60.399,53	257,37
101	669201 CASA SAN ERICO S.R.L.	447.991,38	446.890,55	1.080,83
101	669401 PVL ODONT. ALFA 83	94.296,30	94.865,03	421,77
101	669502 SANEM 2001 DI TOCCI A. S.N.C.	735.616,53	732.495,31	3.121,22
101	669602 C.M.N.I. CENTRO MEDICINA NUCLEARE - FUCINI	395.809,57	394.190,15	1.679,42
101	669804 STUDIO DI MEDICINA NUCLEARE - FUCINI	241.116,96	240.893,98	1.023,46
101	669904 LAB. ANALISI CLINICHE CAVOIR SRL	29.551,62	29.424,23	125,39
101	700401 LABORATORIO ANALISI DRESSA TOLLOV	30.108,61	29.980,87	127,75
101	700203 ISTITUTO CSS MENDEL	538.751,24	536.465,32	2.285,92
101	700502 META MEDICA	16.208,01	16.139,24	68,77
101	700404 SOC. MAFFELLI ANALISI CLINICHE	61.810,30	61.548,04	262,26
101	700603 STUDIO RADIOLOGICO MAFFELLO S.R.L.	8.186,21	8.151,48	34,73
101	700703 ITALMEDICA S.A.S.	1.090,25	1.085,62	4,63
101	700801 ALFA RADIOLOGICA s.r.l.	25.325,76	25.218,30	107,46
101	701001 STUDIO DIAGNOSTICO PANTHEON SRL	31.966,46	31.830,83	135,63

20

C=18-Q

B

A

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA U 08892013	Budget 2012 L. 1357013 art. 15 c.14	Differenza
102	014800 AZZOPARDI ROSARIO MARIA	38.245,13	30.116,86	128,33
102	065300 MERLO ENZO	54.518,08	54.278,72	231,29
102	062800 STRATI MARIA	87.408,94	87.049,11	370,92
102	096006 ZANGRILLI LUIGI	37.856,45	37.695,83	160,62
102	096006 PRACASTORO SRL	146.334,51	145.713,62	620,89
102	283981 ARETEIA DR MONOMOLO ALTRI	70.584,69	70.295,36	289,33
102	604500 E.E.T. D.A.L.C.	754.327,54	751.126,92	3.200,61
102	604500 TIBURTINO	498.547,32	496.311,56	2.115,54
102	612200 LABORMEDICA SRL	360.928,38	359.395,96	1.531,42
102	612500 PASTEUR	174.443,81	174.100,15	741,85
102	612600 TERAPIA FISICA E RIABILITATIVA SRL	1.379.873,24	1.374.017,44	5.854,80
102	613100 SOC.COLOMITI (NUOVA TOR)	251.074,66	250.008,75	1.065,31
102	613800 IST.RADIOLOGICO TIBURTINO	21.562,64	21.570,73	91,91
102	614000 LAB.COONSULE SRL	75.110,43	74.791,74	318,69
102	614100 T.E.R.I.SRL	9.819,49	9.777,82	41,56
102	614200 LAB.ANAL.CLIN.FIETRALATA SRL	346.513,87	345.643,61	1.478,36
102	614408 A.DI.ACCEERTAMENTO DIAGNOSTICO ITALIANO	15.653,94	15.581,52	66,42
102	615008 P.E.T.SALVEITI SRL	581.527,41	580.832,45	2.475,06
102	616106 RECA LAB.AN.CLINICHE	196.656,17	195.331,63	834,54
102	616208 CENSIAT-E RIABILITAZ	293.816,32	292.565,66	1.246,66
102	616300 F.E.T. SRL	834.421,77	832.892,84	3.527,72
102	616400 CENTRO ALESSANDRINO FISIOKSNC	62.174,17	62.002,94	264,13
102	616400 LAB. ANALISI SAN FELICE SRL	132.358,58	131.597,40	561,17
102	616500 LABORATORIO IELIS SRL	349.287,95	347.276,26	1.461,69
102	616600 BIODIAG.ALESSANDRINO SRL	253.393,31	252.318,17	1.075,15
102	616706 BIONIS MEDICA	149.326,30	147.496,25	629,35
102	617000 CASA DI CURA GUARNISERI SPA	1.373.513,34	1.317.897,87	5.615,67
102	617100 NAMISA ANALISI SRL	61.425,81	61.465,19	240,63
102	617200 LAB.AN.CLIN.IPERIONE SRL	39.542,25	39.000,42	1.461,82
102	617408 OF.MARONVA DIV.AMORE SECONDA	24.286,59	24.183,65	102,95
102	617580 LAB.TORRELLAMONACA SRL	365.056,68	363.507,75	1.548,94
102	619508 LAB.DIAG.M.NALFIGRI SRL	152.943,91	152.394,97	648,94
102	619708 BIORAMA 77	266.314,45	265.164,48	1.179,97
102	619800 COMUNITA' CAPORANCO DI ROMA	46.634,85	46.439,28	197,86
102	620208 LAB.AN.DIA.MED.IV MIGLIO	92.727,91	92.404,17	323,74

NR

A B C=(B-C)

Denominazione struttura		Budget 2012 D.F.C.A. U 008872012	Budget 2012 L. 1352812 art. 15 c. 14	Differenza
102	620469	90TUSCOLANA ACCER.DIAGNOS.	462.466,32	1.962,24
102	620400	S.A. CL. RADIODIAG. CINECITTA' SNC	112.050,38	475,30
102	620600	LAB. AN. CL. EUROPA SELANO SRL	11.835,49	50,22
102	638300	VILLA ALBA SRL	182.159,70	772,90
102	644500	LABORAT. VIA D. ANGELI SRL	105.295,43	446,77
102	645000	LAB. ANALISI MERCURY SRL	62.894,13	266,36
102	645600	EMMEPI SRL	163.414,74	693,37
102	646000	LARS TOR SAPIENZA	60.063,44	254,93
102	646200	EX SONIC	76.489,52	324,55
102	647500	LAB. ANALISI PRODI SRL	473.550,50	2.809,27
102	648000	LEPETTI	520.434,53	2.308,20
102	649200	CAMES SRL	592.637,41	2.514,56
102	650000	BIOE	251.317,47	1.466,34
102	650300	LAB. ANALISI AEROLAB	126.881,78	558,36
102	650400	CENT. CENTRO DIAGNOSTICO TIBURTINO SRL	48.122,16	195,78
102	650400	CARD. CAPITOLINA CASELLI SRL	84.256,33	357,67
102	650700	CIAMARRA 2000 SRL	146.770,54	622,75
102	650800	RAD. DI CARLO E G. PAROLA SRL	108.436,45	460,10
102	651000	MYCETE	224.010,90	701,17
102	651200	FISIOCARD SRL	48.372,43	205,24
102	651400	RMX RADIOLOGIA MEDICA S.R.L.	66.563,95	282,43
102	651500	BROMEDICA	40.760,68	172,97
102	651600	MEDICAL HAY	139.450,97	591,69
102	652000	DIAGNOSTICA NOBILMORE SRL	433.694,36	2.094,77
102	652400	FISIOUSCOLANO SRL	135.972,67	576,93
102	652600	BIO SYSTEM SRL	112.208,48	476,67
102	652800	MEZLABOR S.R.L.	39.697,21	168,44
102	652900	RAD. COLLI ANENE SRL	158.813,65	673,84
102	653000	BIO TEST SRL	79.447,89	337,18
102	653000	ANALITICA ASKLEPEION	19.544,67	82,93
102	653000	VILLA GREGI SRL	82.503,82	350,06
102	653100	ARCHEA COND SRL	38.228,16	128,26
102	653400	ST. RADIODIAG. GIOVINAZZO V. SNC	47.612,43	203,91
102	653600	ARTE MEDICA TOR VERGATA SRL	138.494,21	587,61
102	653600	ST. RADIOLOGICO PANTARAY		

Allegato "....." REGIONE LIGURIA 2012

Allegato " " al DECRETO N. 000248/2012

C = (B-C)

		A	B	C
		Budget 2012 DPCA U. 0088/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
102	659160	14.175,62	14.175,21	60,40
102	659169	58.151,53	57.904,80	246,74
102	661200	93.158,91	92.754,77	395,24
102	663300	166.448,49	165.742,25	706,24
102	663500	17.504,66	17.438,38	66,28
102	663508	67.617,85	63.398,51	184,92
102	663509	43.582,44	36.929,27	153,10
102	667500	36.892,37	36.854,97	37,40
102	667600	86.321,25	24.281,74	183,47
102	668000	24.285,21	653.757,15	436,73
102	668988	656.592,86	109.147,09	535,70
102	669300	126.255,25	125.719,55	460,47
102	669900	108.524,87	108.064,48	984,27
103	010000	291.975,36	230.981,09	79,93
103	010100	18.839,84	18.759,11	3,94,84
103	010200	927.571,73	973.436,90	236,72
103	010300	52.791,39	52.554,57	965,05
103	010600	228.152,14	227.184,89	688,25
103	011000	160.339,83	159.558,54	325,69
103	011100	76.759,96	76.434,27	491,39
103	011200	115.812,55	115.321,16	627,77
103	012000	147.955,43	149.327,66	508,49
103	012200	133.982,21	133.413,82	1.652,12
103	012300	389.375,87	387.725,75	454,97
103	012700	108.157,82	99.732,89	87,48
103	013000	20.597,52	20.518,13	1.296,96
103	013700	283.045,54	281.844,58	5.879,09
103	013800	902.428,41	898.599,48	835,79
103	014400	196.980,94	196.145,15	634,58
103	014600	149.558,12	148.973,85	634,58
103	015000	329.592,21	328.402,86	1.399,35
103	015100	62.110,83	61.847,27	263,54
103	015300	141.915,71	141.313,56	602,15
103	015500	264.401,34	263.279,48	1.121,85

Handwritten mark

Allegato "A" al Decreto n. 6093/2012

C = (B-C)

B

A

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA U. 00892012	Budget 2012 L. 13572011 art. 15 c. 14	Differenza
103 015808	FISHSEMERIA S.R.L.	366.297,82	364.743,83	1.554,20
103 015868	ALEMAR IMM. DIAG. SRL	228.514,76	227.545,11	969,59
103 016000	NAMUR S.R.L.	2.271.341,87	2.261.704,36	9.637,50
103 016100	RABOLOGGIA CAVALCANTI	57.464,47	57.320,65	243,82
103 016500	GELLENY MASSIMO	24.224,08	24.121,30	102,78
103 016600	FISIO. CAST. SRL	50.578,49	50.383,88	214,60
103 017000	POLISPECIALISTICA CAVE SRL	419.572,81	417.792,56	1.780,25
103 017200	CEDELAB SRL	242.315,84	241.905,06	1.030,78
103 017300	I.A.O. S.R.L.	795.015,15	791.641,90	3.373,25
103 017300	POLIAMBULATORIO ST. DIAGNOSTICO AMELIA	216.306,24	215.388,46	917,79
103 017900	STUDIO RAD. MESSANA SRL	58.334,63	58.087,11	247,51
103 018300	PRAKIMEDICA S.R.L.	289.287,88	288.060,35	1.227,53
103 018800	BIOROMA SRL	107.730,83	107.273,73	457,10
103 018900	RAD. DIAG. CLINICA SEL	19.417,81	19.335,62	82,39
103 019000	FISIOKINESITERAPIA S.R.L.	986.926,74	981.233,45	4.693,29
103 019100	MEDICAL ACTA SRL	159.885,94	159.205,56	678,39
103 019200	RAD. BIOTALLEVI SRL	205.398,02	204.526,51	871,50
103 019300	AN. CL. PRENESTE S.R.L.	397.083,24	305.700,62	1.382,61
103 019400	C.D.C. S. EUCA S.R.L.	38.453,94	38.300,74	163,20
103 019500	STUDIO SERENISSIMA SRL	1.439.974,91	1.424.980,38	6.071,61
103 019600	MAZ MEDICAL SRL	103.216,78	102.778,83	437,95
103 019700	STUDIO MEDICO DIAGNOSTICO ANGLONA SRL	458.564,99	456.706,15	1.858,84
103 019800	AN. CL. MALATESTA SAS	238.539,24	237.569,55	969,69
103 019900	VE.BI. RADIOLOGICA SRL	57.757,87	57.492,89	264,98
103 020000	EMATOLAB SNC	183.620,71	184.833,12	787,59
103 020200	CASILINO LAB. SRL	50.067,71	49.855,37	212,34
103 020300	ANALISI CLINICHE BIOTEST FUSCOLO S.R.L.	146.589,20	145.967,22	621,98
103 020400	LAB. ANALISI DI NATALINI RUCCARDO	39.573,63	39.565,30	168,34
103 021000	CHEA LAB. AN. CLIN. SRL	31.119,56	30.987,52	132,04
103 021700	CER. LAB. SRL	41.246,49	41.071,48	175,01
103 021800	F.K.T. CORIOLANO SRL	193.836,83	193.014,38	822,45
103 022300	C.D.C. NUOVA CLINICA LATINA	9.306,13	9.266,64	39,49
103 022600	C.D.C. VILLA ANNA MARIA SRL	76.487,56	76.163,02	324,54
103 023000	ST. MED. SP. COLOMBO SRL	758.694,08	755.473,94	3.220,13

DN

Allegato "....." al DECRETO N. 400348/2012

C (B-C)

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 DPCA U. 008929012	Budget 2012 L. 13572012 art. 15 c. 14	Differenza
103	023100 MR 3000	298.838,23	298.838,23	1.269,93
103	023004 STUDIO FISIOTERAPICO MORGAGNI S.R.L.	298.481,29	298.481,29	865,70
103	023900 LA BDRATORIO DI MEDICINA NUCLEARE MEDICAL RES	99.668,31	99.237,35	422,86
103	024000 STUDIO RADIONED 216 S.R.L.	31.761,35	31.626,58	134,76
104	019100 DR. GUDDICE ANDREA	78.512,09	78.178,96	333,13
104	016301 FISHOTER SOLENAR	238.359,65	237.348,29	1.011,36
104	016401 STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO "CASALPALOC	271.161,29	270.910,76	1.450,54
104	016701 CRS ANALISI S.R.L.	398.662,01	396.910,74	1.691,27
104	016201 AXALAB S.R.L.	448.139,43	446.237,97	1.901,46
104	015901 STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO "CASALPALOC	380.909,52	379.692,31	1.217,01
104	011001 ECORAD S.R.L.	25.777,78	25.668,40	109,38
104	011201 FISIOMARE S.R.L.	216.194,43	215.277,11	917,31
104	011301 STUDIO ODONTOLATRICO DEL LIDO S.R.L.	34.858,65	34.710,75	147,91
104	011302 STUDIO DI RADIOLOGIA E DI ROENTGENTERAPIA LIBE	641.235,02	638.514,26	2.720,76
104	011303 CENTRO FISIOTERAPICO LIDO DI OSTIA S.R.L.	184.932,09	184.147,43	784,67
104	011401 DR. GIOVA LEANDRO	75.915,98	75.593,86	322,11
104	011501 DIAGNOSTIKA S.R.L.	398.453,76	396.746,69	1.707,07
104	011601 MARILAB S.R.L. (OSTIA)	495.478,34	493.575,17	1.903,16
104	011602 MARILAB S.R.L.	30.861,94	30.829,57	32,37
104	011701 MARILAB S.R.L. (ACILIA)	501.419,88	499.292,35	2.127,52
104	011801 RE-CORD S.R.L.	67.910,63	67.622,55	288,15
104	011901 VILLA DEL LIDO S.R.L.	456.205,21	424.396,82	1.808,39
104	012001 CENTRO GERMATRICO ROMANO S.P.A.	115.048,82	114.554,69	494,13
104	012301 ISTITUTO ANALISI CLINICHE L.A.C. S.R.L.	241.421,51	240.387,16	1.034,35
104	012501 CENTRO DIAGNOSTICA "LEDO" S.R.L.	192.879,49	190.691,40	2.188,09
104	012601 MARILAB S.R.L. (FUSCINO)	251.918,62	250.849,73	1.068,89
104	012801 STUDIO RADIOLOGICO DR. DI STERANO A.S.N.C	98.961,87	98.541,98	419,90
104	012802 LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. GORDANIE DR.	271.262,14	270.111,18	1.150,97
104	013001 GABINETTO FISIOTERAPICO RI.FI S.A.S.	64.014,72	63.743,11	271,61
104	013101 RADIOLOGIA FUSCINO S.R.L.	64.130,25	63.858,15	272,10
104	013401 ISTITUTO EKT S.R.L.	46.598,35	46.400,64	197,71
104	040100 FISIOROMA S.A.S.	262.527,94	261.414,03	1.113,91

DL

Allegato "A" 000368/2012

C=(B-C)

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 DPCA U 0489/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
104	TRAP S.R.L.	101.511,33	101.000,62	-510,71
104	VILLA SANDRA	391.520,38	389.859,08	-1.661,30
104	RAFONI G.I.P.A.C. S.R.L.	40.559,74	40.387,65	-172,09
104	RICERCHE CLINICHE CLOUDIO PATOLOGIA CLINICA S.R.L.	112.514,93	111.858,27	-656,66
104	RICERCHE CLINICHE CLOUDIO FISIOMESOTERAPIE	177.266,32	176.514,17	-752,15
104	RICERCHE CLINICHE RAFONI S.R.L.	29.760,69	29.654,42	-106,27
104	SANTA BONURA S.N.C.	277.994,95	276.724,80	-1.270,15
104	GRIBA S.R.L. (TORRINPIETRA)	93.855,92	93.457,69	-398,23
104	OBSCOLAB S.A.S.	230.276,42	229.239,33	-1.037,09
104	LABORATORIO ANALISI CLINICHE ESCULAPHO S.R.L.	135.579,36	134.990,45	-588,91
104	LABORATORIO ANALISI CLINICHE ESCULAPHO S.R.L. (S.D.L)	119.776,78	119.268,49	-508,29
104	STUDIO DIAGNOSTICO IMPRUNETA S.R.L. (S.D.L)	271.446,68	270.294,93	-1.151,75
104	ANALISI CLINICHE PROSPERO COLONNA S.R.L.	362.293,85	360.756,64	-1.537,21
104	ANALISI CLINICHE PORTUENSE S.R.L.	59.712,93	59.459,57	-253,36
104	FLA.S.L. S.R.L.	98.181,46	97.685,72	-495,74
104	CLINIFALEX S.R.L.	126.594,33	126.061,17	-533,16
104	LABORATORIO GIANCOLENSE S.R.L.	230.574,91	228.993,99	-1.580,92
104	ACEPTI 2003 S.R.L.	578.171,55	567.752,31	-1.419,24
104	ANALISYS 1980 S.R.L.	700.578,65	697.598,12	-2.980,53
104	ASKLEPION	1.122.763,96	1.117.999,97	-4.763,99
104	C.C.CIETA' DI ROMA	408.818,84	407.084,22	-1.734,62
104	FIZZO E SALVAFORI SNC	217.428,03	216.505,48	-922,55
104	CENTRO MEDICO FISIOMESOTERAPICO S.R.L.	409.266,84	407.530,32	-1.736,52
104	ISTITUTO FISIOMESOTERAPICO GINVELLA MARCIUCC	130.994,81	130.440,08	-554,73
104	LABORATORIO DIAGNOSTICO BRAYETTA S.A.S.	50.047,48	49.835,13	-212,35
104	PANORAMICA VILLA PIA S.R.L.	68.407,89	68.117,64	-290,25
104	CARDIOLAB MONTEVERDE VECCIO S.R.L.	216.413,29	215.495,85	-917,44
104	LABORATORIO MONTEVERDE S.R.L.	141.845,98	141.244,13	-601,85
104	MILA S.R.L.	59.619,02	59.366,05	-252,96
105	VIGNA CLARA	13.237,24	13.181,07	-56,17
105	RADHOMEDICAL	1.192.946,65	1.187.884,98	-5.061,67
105	ARS MEDICA	158.759,28	158.085,66	-673,62
105	LAB.A.CLINICHE CESANO S.R.L.	129.589,84	129.039,19	-550,65
105	RADIOLOGICA ROMANA	205.979,35	205.105,98	-873,37
105	LAB. BALDUINA	122.253,96	121.735,24	-518,72
105	SOC. GAMMA SRL			

22

Allegato "A" al DECRETO N. 200348/2012

C=(B-C)

B

A

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA F. 0689/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
105	003009 VALERONA	176.256,06	175.598,21	797,85
105	003100 CUSTURELLI	162.114,87	161.427,02	687,85
105	003408 SOC. EC+A DI FISIOTERAPIA	161.128,96	160.455,23	683,67
105	003608 ST. RADIOLOGICO GIACCARI	59.392,02	50.178,28	213,81
105	003708 ST. RADIOLOGICO MONTE MARIO SRL	58.751,56	58.502,37	249,28
105	003808 BIOLA B SRL	203.961,87	203.096,46	865,41
105	003908 GOOD LYING SRL	39.380,65	39.213,56	167,09
105	004400 NUOVA VILLA CLAUDEA	207.290,45	206.410,91	879,53
105	004500 SAN VALENTINO	269,12	367,98	1,14
105	005200 SOC. FKT PONTE MILVIO	371.614,19	350.307,15	1.407,04
105	005600 LABORATORIO ANALISI BASSI	55.909,27	55.672,15	237,22
105	200100 VISCONTI SRL	28.399,03	28.269,58	129,46
105	200700 S. GIUSEPPE	217.690,56	216.766,98	923,56
105	200900 U.S.I.	1.042.705,73	1.044.256,07	4.490,66
105	201500 ST. MED. FKT AEMME SRL	134.949,48	135.372,65	376,83
105	202000 STATIC CHIROPRAPEUTICA SRL	1.030.386,92	1.026.814,99	4.371,93
105	203000 IST. FISIOTRAFICO	143.988,05	143.377,11	610,94
105	203300 A.I.M.A.	142.102,93	141.699,99	682,94
105	203500 DIAGNOSTICA MEDICA	50.215,98	50.802,91	212,07
105	204100 MONTERCHI SRL	71.544,48	71.240,91	303,56
105	204200 F.A.B.I.	19.168,38	19.387,05	81,33
105	204300 CARENETTO RADIOLOGICO CANTIANO	29.157,10	29.073,47	123,63
105	205500 SANTA FAMIGLIA	7.077,69	7.047,66	30,03
105	205600 S. BETA DA CASCIA	3.123,24	3.109,99	13,25
105	301000 WILLA AURORA	19.880,49	19.796,14	84,35
105	301100 NOSTRA SIGNORA S. CUORE	188.530,38	188.069,89	460,49
105	301200 S. FELICIANO	34.822,67	34.462,76	359,90
105	301300 ANCELLE RUON PASTORE	16.417,81	16.348,15	69,66
105	301500 LAB. ANALISI CL. ENGHILAMI	69.494,56	69.199,69	294,87
105	301900 DATA MEDICA	126.584,81	126.005,28	579,53
105	302200 LAB. AURELIA RADIOLOGICA S.R.L.	60.742,91	60.485,18	257,73
105	302400 DYNAMIC FKT	126.836,31	125.561,54	534,77
105	303000 E.R.C.A.S	279.934,17	278.746,41	1.187,76
105	303400 LABORATORIO ANALISI CLIN. KUREKA S.R.L.	58.628,68	58.399,84	228,83

Handwritten signature

Allegato "....." al DECRETO N. 4003/12 10/12

C=(B-C)

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 DPCA U 008972012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
105	303500	PIETRAVALLE A. SRL	80.342,00	342,34
105	303600	FISIONED. DI GIACOMO	716.897,66	3.396,38
105	303630	ANALISI CLIN. CIMATTI	96.513,49	409,35
105	303520	LAB. AURELIA SRL	547.664,96	2.313,74
105	303550	FISIOTERAPIA DI FED	77.235,10	327,71
105	303800	VILLA CHIARA	246.369,85	1.045,35
105	303100	LAB. OLGHATA DEL PEDRETTI	219.602,96	931,78
105	303200	RELIJA SRL	43.394,63	184,93
105	303300	COSTANZO MARCELLO	55.483,38	225,42
105	303400	FISIOPRATI	57.829,91	245,54
105	303500	CLEM FISIOT. E COSMETOL.	113.319,59	480,82
105	631400	DE SANCTIS MORALDI S.R.L.	74.754,13	317,18
106	101100	CLINICA SILEGATO	166.097,08	704,75
106	101200	LABORATORIO SAN GIORGIO	30.365,02	138,84
106	101300	CENTRO DIAGNOSTICO BUONARROTI	608.313,74	509,32
106	101500	SALUS CIVITAVECCHIA	120.836,55	2.581,08
106	102300	C.D. RIVIERA	175.831,91	746,05
106	109400	AMBULATORIO DR. CROCCELANTI	18.298,50	77,97
106	203100	SALUS LADISPOLI	493.845,54	2.190,91
106	203200	SOC. MANT MED	142.925,31	606,43
106	203600	IRMED	24.103,00	182,17
106	303600	LAB. ANALISI LAMNACCONE	110.655,64	469,51
106	303700	STUDIO RAIODIAGNOSTICO S.R.L.	136.915,78	576,68
106	304700	C.D. SARATINO	54.478,05	231,12
106	304900	LAB. ANALISI PRAECTILIA	210.362,97	892,57
106	403300	S.R. PASANELLI	126.324,22	531,75
106	403301	RES MEDICA	42.841,91	181,78
106	506600	LAB. SALVATORI	154.508,96	635,55
106	506800	L.A. MANZONI	87.985,91	373,32
106	506900	MEDICAL FISIOLAB	74.719,26	300,82
106	507001	C.G.R. VITA	64.005,38	271,57
106	507008	SOC. IDAC	41.431,61	175,79
106	507200	G. GALILEI	201.719,31	853,90
106	507300	S.D. TIBERINO	261.242,75	1.108,46
106			108.471,35	461,84

20

Allegato "A" 000348/2012

C = (B-C)

B

A

	Beneconiazione straordinaria	Budget 2012 DFCA U. 0889/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
106	SCOFIT	17.792,42	17.667,14	75,28
107	VILLA DANTE	1.152.356,73	1.147.467,26	4.889,45
107	LABOR. RICERCHE BIAGEN. FLEMING S.R.L.	285.443,82	284.232,69	1.211,14
107	LABORATORIO CLINICO NOMELEANO	234.059,46	233.866,37	193,11
107	LABORATORIO LA SANITAS	123.816,48	123.291,13	525,35
107	LUNEA MEDICA S.R.L.	307.967,26	304.539,05	3.428,21
107	DIAGNOSI ANALISI E TERAPIA PASTEUR	98.309,76	97.883,67	426,09
107	ANALISI CLINICHE IPOCRATE S.R.L.	364.283,93	362.739,27	1.544,66
107	LABORATORIO ANALISI GUIDONIA	888.263,89	804.834,42	83.429,46
107	LABORATORIO ANALISI HIGH O'HEIR S.R.L.	110.265,20	109.797,34	467,86
107	LABORATORIO POLISPEC-VILLANOVA S.R.L.	2.630.269,31	2.618.109,61	11.160,20
107	LABORATORIO ANALISI VILLANOVA S.R.L.	364.645,81	363.898,62	747,19
107	STUDIO RADIOLOGICO GUIDONIA S.R.L.	122.451,20	121.932,24	519,56
107	ITALIAN HOSPITAL GROUP	11.345,49	11.795,23	50,26
107	LAB. AN. SALUBRIS MONTLIBRETTI	130.605,55	130.051,40	554,16
107	LABORATORIO ANALISI CLINICHE SALUS	173.493,15	172.757,02	736,13
107	LAB. ANALISI CLINICHE CROCCI S.R.L.	72.736,90	72.428,28	308,62
107	LAB. ANALISI CLINICHE SANTA CROCE	287.298,96	286.079,95	1.219,01
107	CENTRO TERAP. FISICA E GINN. MEDICA - TIBURTINA	652.468,34	649.691,95	2.768,39
107	CENTRO TERAP. FISICA E GINN. MEDICA - TRIESTE	1.468.565,96	1.462.334,83	6.231,13
107	ANALISI CLINICHE VILLA ADRIANA S.R.L.	129.392,02	128.849,01	543,01
107	LABORATORIO ANALISI TIBURTINO VALERIO	117.861,15	116.566,46	1.294,69
107	LABORATORIO ANALISI TIBURTINO VALERIO	229.808,07	228.825,02	975,04
107	CENTRO FISIOTERAPICO SRL	251.399,67	251.239,29	1.070,47
107	LAB. ANALISI SAN CESAREO S.R.L.	598.786,39	596.245,94	2.540,65
107	SANITAS 2002	184.823,66	184.839,16	784,21
107	EUROMEDICAL SRL	63.266,45	62.998,01	268,44
107	CENTRO MEDICO FILIPPI S.R.L.	917.759,16	913.865,11	3.894,05
107	STUDIO MEDICO S. GIORGIO S.R.L.	381.448,57	308.169,53	71.279,05
107	DIAGNOSI ANALISI CLINICHE SRL	72.561,29	72.253,41	307,88
108	CENTRO RADIOLOGICO PROF. F. GIANCOTTI	12.304,06	12.251,85	52,21
108	SAN RAFFAELLE ROCCA DI PAPA	306.244,44	304.945,04	1.299,40
108	FISIOKINESIOTERAPIA BEAUTY SHOP S.R.L.	274.015,11	272.852,47	1.162,65
108	STUDIO MEDICO RISORGIMENTO SRL	108.849,33	108.421,42	427,90
108	DIAGNOSTICA GAMMA S.R.L.	217.447,95	216.525,22	922,63
108	CORILAB S.R.L.			

22

Allegato "A" DECRETONE 2603/2012

C=(B-C)

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 DPCA U 008292012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	DIFFERENZE
108	640636 I.N.I.	803.880,94	799.673,37	3.207,57
108	640690 LABORATORIO CASELLA SRL	212.987,88	212.084,17	903,71
108	641050 C.DI CURA MADONNA DELLE GRAZIE	1.396.784,59	1.396.778,34	5.206,25
108	641130 C.E.FI. CENTRO FISIOTERAPICO S.R.L.	17.446,88	17.372,85	74,03
108	641210 ORTOCHINESIS SRL	141.294,73	140.665,40	599,13
108	641290 CLINICA VILLA NENA S.R.L.	99.286,24	98.864,97	421,27
108	641550 CENTRO RICERCHE CLINICHE SRL	487.743,15	485.673,66	2.069,49
108	641620 C.DI CURA S. ANNA SRL	415.231,57	413.987,54	1.244,03
108	641700 S.E.M.E.D.S.P.EC.DIAGNOSTICO POLMED S.R.L.	108.946,11	108.503,76	442,34
108	641960 RICERCHE BIOLOGICHE DELL'AVALLE	171.884,91	171.155,60	729,31
108	642040 POLIGEST S.P.A.VILLA D.QUENCE	711.940,49	708.919,73	3.020,76
108	642200 CENITHANUM LABAC S.R.L.	403.183,30	401.473,12	1.710,17
108	642450 SALUS SRL	86.161,98	85.796,48	365,50
108	642530 CENTRO ANALISI SINLO S.R.L.	300.163,82	298.890,23	1.273,60
108	642510 TERRENO SRL	102.131,31	101.697,97	433,34
108	642750 MERVIVEST SRL VILLA DEI PINI	649.756,15	646.969,36	2.786,79
108	642950 C.C.F. LANZO HOSPITAL S.P.A.	691.591,98	688.657,55	2.934,42
108	642910 EULAB SRL	106.237,84	105.846,82	391,02
108	652680 CENTRO ANALISI CLINICHE MORENA	128.589,24	128.043,64	545,60
108	654170 LABORATORIO BUGLIOSI GUIDO SRL	196.473,73	195.645,07	828,66
108	662130 DIAMANTI SRL	45.991,41	42.809,08	3.182,33
108	664150 DI.FI. SRL	137.039,19	136.457,74	581,46
108	665300 RADIOMEDICA SRL	57.689,48	57.444,70	244,78
108	666390 KINESIOTERAPICO POMEZIA SEL	585.989,68	583.503,33	2.486,35
108	668450 MEDILAB SRL	101.611,01	101.179,88	431,14
108	668600 STUDIO RADIOLOGICO CATARINACCI	61.017,87	60.758,97	258,90
109	001300 IST.FLEMING DI VALENTANO	84.688,83	84.389,58	299,25
109	005288 ANALISI CLIN.DR.MANZI	119.928,16	119.479,05	449,11
109	010100 ANALISTA DR.VICINI	167.030,61	166.531,90	498,71
109	018280 EMATOLOGICO VITERBESE	91.201,58	90.814,53	386,97
109	018400 LAB.S.FAUSTINO	187.407,33	186.612,16	795,17
109	056280 STUDIO PROF.CALAMITA	194.762,86	193.936,48	826,38
109	069100 RADIOLOGICO QUADRANI	96.922,40	96.511,16	411,24
109	069300 RADIOLOGICO CIARFAGLINI	44.976,55	44.785,71	190,84
109	121100 CASA DI CURA VILLA ROSA	217.067,64	216.146,62	921,02

SW

Allegato n. 1 al DECRETO N. 000348/2012

C=(B-C)

R

A

	Determinazioni struttura	Budget 2012 DFCA U 0089/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 1-b	Differenza	
109	121200	CASA DI CURA SALUS	195.726,16	194.895,70	830,47
109	121400	CASA DI C.S.TERESA DEL B.	151.879,61	152.421,13	541,48
109	142300	VILLA S.MARGHERITA MONTI.	219.592,30	218.661,56	931,73
109	286000	LAB.NAL.ETRURIA-TARCO	159.334,88	159.356,28	678,50
109	290000	LABACHEK-UP MONTALTO	177.046,06	176.294,85	751,21
109	510000	LAB.SABIN	129.601,52	129.851,62	549,90
110	109101	LABORATORIO ANALISI ICEA	345.885,68	344.418,00	1.467,59
110	109201	LABORATORIO ANALISI SALUS	91.629,47	92.236,45	393,03
110	100401	STUDIO RADIOLOGICO LUTEMADUE	91.523,11	91.134,77	388,33
110	100701	STUDIO FISOTERAPICO S.I.A.S.	424.258,30	431.407,78	1.842,52
110	100901	LABORATORIO ANALISI SLANNA	55.964,37	55.726,91	237,46
110	101001	LABORATORIO ANALISI O RHOS	294.611,66	293.351,62	1.260,04
110	200101	LABORATORIO ANALISI SABINO	153.653,76	153.210,91	442,84
110	201001	STUDIO FISOTERAPICO S.VALENTINO	15.328,84	15.363,80	65,04
110	300501	LABORATORIO ANALISI S.A.F.L.M.	68.983,99	68.727,23	256,76
110	300701	LABORATORIO ANALISI SANASTASIA	53.319,64	53.093,41	226,24
110	010810	CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA	406.543,26	404.818,30	1.724,96
111	010910	ELKALAB SRL	282.659,48	281.460,15	1.199,32
111	011110	VILLA SILVANA S.P.A.	92.332,55	91.949,79	382,77
111	011510	CENTRO SANNA. SERVIZI SANITARI PRIVATI S.R.L.	127.976,62	127.453,61	523,00
111	011810	CENTRO BIOLOGICO FASTER.H	191.986,56	191.092,30	894,26
111	051000	SAN ROCCO SRL	140.512,17	139.915,88	596,29
111	071050	CER.TELF. - GALENO SRL	308.222,21	306.787,13	1.435,08
111	071150	C.DIAG.MEDICO A.FLEMING	287.022,59	286.144,19	878,40
111	081300	DR. DI RUSSO ALONSO	58.243,28	58.030,10	213,18
111	081400	LABORATORIO GALENO SRL	53.066,59	52.841,42	225,16
111	091500	CASA DEL SOLE CL.POL. I.COSTA	295.546,35	288.317,78	1.228,55
111	091600	HERMES SRL C.DIAG.MEDICO	282.374,64	281.674,41	1.280,24
111	091600	DR.SSA CICCONEARDI MINUTELLO M.R.	30.386,52	30.257,59	128,93
111	091000	LAB.ANALISI ARS MEDICA SRL	38.412,80	38.249,82	162,99
111	111900	MARE E PIERRE CURE S.R.L.	138.363,96	137.778,88	585,09
111	112100	SOC.SEPHARD DI PERONI FLORA	311.594,18	310.212,34	1.381,84
111	112300	STATIC DI LATINA S.R.L.	267.896,29	261.789,82	1.115,47
111	112400	G.I.O.M.I. SPA I.CUT LATINA	565.684,74	563.288,86	2.395,88
111	112500	MEDICAL PONTINO SRL	306.557,82	305.257,89	1.300,72

22

Allegato "A" al DECRETO N. 400/2012

C = (B-C)

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 DPCA U 00692012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
111	12638	CLINICHE MODERNE SRL	694.266,55	2.945,77
111	12830	EST. FKT E RIABIL. SAL VINI FINESTRA SAS	186.423,68	791,00
111	17296	C.MEDICO DI PAT. CLIN. DEL NEDI UGO	704.386,53	2.988,71
111	11308	C.E.R.A. P.O. SRL	106.115,55	450,25
111	11313	DRIZZO GIUSEPPE	165.540,48	702,39
111	11348	GRAS SRL	198.443,82	841,99
111	11350	LABORATORI VITA SRL	172.381,54	731,41
111	11400	IST. DI FIS. DI BOSIZIO E. ROSELLI M.	415.109,52	1.761,91
111	11450	LABORATORIO DIAGNOSTICA MEDICA S.R.L.	24.026,49	101,84
111	14050	CLANIS C.D. DI ROSSI C.&C. SAS	374.648,48	1.169,33
111	14060	C.M.S.S.N.C. A.SCHWEITZER DI LOSIGARDI	104.810,51	444,71
111	14100	LA MERIDIANA	46.228,33	196,15
111	17014	CENTRO DIAG.FLEMING SRL	155.541,55	664,21
111	19074	FOLLAB SRL	100.383,56	427,74
111	24015	LABORATORIO MENDEL SRL	61.614,89	262,55
111	25020	L.AB.SALUS DI DOMENICHELLI C.	79.131,37	335,84
111	27020	SERMOLAB SRL	187.048,74	793,65
111	28040	CLEY AUDIT S.CARLO SRL	144.249,99	613,05
111	31150	CASA DI CURA VILLA AZZURRA SRL	585.784,24	2.485,48
111	32140	C.FISSIONI TER.ECONORP	153.690,74	632,41
111	32150	EMOLABO SRL	132.266,06	561,20
111	32150	LABORAL DOT. SSA MATTEI F.	148.101,37	632,64
111	32150	C.DIAG. MEDICO ANKOR SRL	325.361,89	1.372,82
111	32150	BIOMEDICA S.A.S.	65.182,75	277,75
112	50070	LAB. ANALISI CLIN. S. MARCO - FONTECORVO	376.744,16	1.598,53
112	50080	CENTRO MEDICO FIGEBO SRL - CASSINO	505.149,08	2.143,77
112	50100	LAB. ANALISI CLINICHE ANTONELLI A. E. C. - ARCE	385.337,68	1.634,95
112	50107	LAB. ANALISI CLINICHE GESLAN SRL - FROSINONE	168.348,29	714,30
112	50140	LAB. ANAL. CLIN. BRILICCHETTI SERGIO - FONTANALIERI	38.612,29	163,83
112	50160	CASA DI CURA VILLA SERENA - CASSENO	131.697,67	563,04
112	50210	LAB. ANALISI CLINICHE DANTE SRL - ANAGNI	140.942,17	594,20
112	50230	SALUS S.R.L. - FROSINONE	297.159,14	1.260,85
112	50240	CASA DI CURA S. TERESA SAS - ISOLA DEL LIRI	209.632,01	889,47
112	50240	SALUS TERME SRL - FIUGGI	119.836,07	588,45
112	50310	CASA DI CURA S. ANNA S.R.L. - CASSINO	116.483,66	494,24

BN

Allegato "A" al Decreto N. 2003/2012

C=(B-C)

A

B

	Denominazione struttura	Budget 2012 DFCA n° 00892812	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
112	503403 SOCIETA' DELTA MEDICAL SRL - FERENTINO	88.454,75	88.079,43	375,31
112	503610 LAB. CHIMICO DEL CASSINATE SRL	93.109,82	93.713,96	395,06
112	504002 CASA DI CURA VILLA GIOIA SRL - SORA	82.562,48	82.212,09	350,31
112	504303 STUDIO MEDICO FERENTINO SRL - FERENTINO	119.306,55	118.899,33	506,22
112	584404 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA S.R.L.	156.637,25	155.972,64	664,61
112	504803 LAB. AN. CLIN. POLYMEDIC SNC - FERENTINO	76.531,24	76.207,52	323,73
112	505005 LABORATORIO ANALISI CLINICHE COLLATINO	98.311,67	97.894,54	417,14
112	505403 LAB. ANALISI CLINICHE S&B SRL - SUFRINO	243.241,88	242.209,80	1.032,08
112	505610 CENTRO ORT. FISIOTERAPICO SAS - CASSINO	162.126,44	161.438,54	687,90
112	505910 CENTRO RAD. GEA S. ANTONIO SRL - CASSINO	187.630,59	186.884,26	746,33
112	506207 LAB. ANALISI CLINICHE DAVID SNC - SORA	210.065,60	209.172,30	893,30
112	506309 LAB. ANALISI CLINICHE POLESE SNC - NOCCASECCA	34.451,53	34.285,44	166,09
112	506404 LABORATORIO ARS MEDICA LAM SRL - FROSINONE	249.204,63	249.052,39	152,24
112	506605 LAB. AN. CL. MENCHIELLI OTTAVIA SRL - CECCANO	255.301,51	254.218,27	1.083,24
112	506708 LAB. DIAGN. CO VAL. COIANO SRL - ATINA	82.368,50	81.020,09	348,49
112	506809 FRA. S. MA S.R.L. - PONTECORVO	56.115,61	55.877,51	238,10
Totale privati e regolatori di prescrizione a carico del SSR		123.399.166,72	122.875.594,06	523.572,66

C = (B-C)

B

A

Allegato Budget 2012 Spedidistributiva L. 135/2012 art. 15 c. 14

SPA 2012

	Denominazione struttura	Budget 2012 BPCA U 00892812	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
101	VILLA FIBERIA	2.010.308,50	2.004.776,16	8.522,74
101	VILLA VALERIA POLLAMBULAT.	599.244,24	597.199,53	2.544,71
101	META MEDICA	944.186,96	940.180,88	4.006,19
102	SOC.DOLCOMITI (NUOVA ITOI)	947.853,16	943.831,42	4.021,74
102	CASA DI CURA GUARNIERI SPA	195.775,12	194.944,45	830,67
103	C.D.C. N.C. ANNUNZIATELLA SRL	21.782,77	21.618,68	92,88
103	C.D.C. S. LUCA S.R.L.	1.135.912,12	1.130.837,86	5.074,26
103	C.D.C. NUOVA CLINICA LATINA	64.752,01	64.477,27	274,74
103	C.D.C. NUOVA CLINICA LATINA	1.576.014,48	1.563.352,83	6.661,57
103	CASA DI CURA ADDOMINALE EUR	411.069,85	409.256,97	1.748,88
103	CASA DI CURA "CONCORDIA HOSPITAL"	1.228.899,97	1.219.441,75	9.457,22
103	C.D.C. FABIA MATER	1.568.402,62	1.561.747,83	6.654,73
104	C.C.CITTA' DI ROMA	38.735,25	38.571,40	164,36
104	PANORAMICA VILLA FIA S.R.L.	22.831,17	22.734,29	96,87
105	NUOVA VILLA CLAUDIA	445.488,98	443.598,77	1.890,21
105	AURELIA HOSPITAL	41.455,34	40.980,71	474,62
105	VILLA AUBORA	101.915,55	101.483,13	432,42
105	S. FELICIANO	722.577,99	719.267,26	3.084,85
105	CLINICA SILGATO	22.937,20	21.943,70	993,50
106	AMBULATORIO DR. CROCCHIANTI	115.071,45	114.583,18	488,23
106	L.N.I.	1.640.214,29	1.633.255,16	6.959,13
108	C.DI CURA MADONNA DELLE GRAZIE	740.731,66	737.588,73	3.142,92
108	C.DI CURA S. ANNA SRL	102.781,66	102.345,56	436,10
108	CASA DI CURA CITTA' DI AFRILIA	715.257,41	712.322,58	2.934,84
111	CASA DEL SOLE CL.POL.I.COSTA	387.251,29	385.688,68	1.562,61
111	G.L.O.M.L. SPA ICOT LATINA	409.249,79	406.517,59	2.732,20
111	CLENICHE MODERNE SRL	244.199,34	243.163,20	1.036,14
112	CASA DI CURA S.TERESA SAS - ISOLA DEL LIRI	648.416,71	645.665,47	2.751,23
112	CASA DI CURA S.ANNA S.R.L. - CASSINO	186.359,84	185.208,55	1.151,29
112	CASA DI CURA VILLA GIOIA SRL - SORA	18.261.577,04	18.184.093,17	77.483,87
112	TOTALE			



REGIONE
LAZIO



Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale
Area Pianificazione Strategica-

Prot. 163135 DB 07/09

Roma, 04/09/2012

Direttori Generali
ASL del Lazio

Direttore Generale
ASP - Lazio Sanità

Associazioni
AIOP
ARIS
ANISAP
Confindustria
Confsalute
Don Gnocchi
Federlazio Salute
Federlazio Ursap
Federlab
LAISAN

E, p.c. Direttore Regionale
Bilancio Ragioneria
Finanza e Tributi
Area Centrale Acquisti e
Crediti Sanitari DB 01/12

TRASMESSA VIA FAX

Oggetto: L. n. 135 del 7 agosto 2012 di conversione in legge, con modifiche del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 pubblicata sul Suppl. Ordinario n. 173 della G.U. n. 189 del 14.08.2012 - art 15 comma 14 -

Come noto, la L. 135/2012 ha convertito in legge, con modifiche il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini".

In particolare l'art. 15, comma 14 della sopracitata legge ha espressamente previsto, in tema di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, che "a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, di applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1% per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento per l'anno 2014. La misura di

contenimento delle spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordiom/sss/.....".

Si comunica pertanto con la presente che, in applicazione delle disposizioni di cui alla sopracitata L. 135/2012 art. 15, comma 14 sono in corso di predisposizione i provvedimenti di rettifica dei DPCA U 0088/2012, U0089/2012 e U 0094/2012, che verranno prontamente trasmessi non appena perfezionati.

Cordiali saluti

Il Dirigente dell'Area
(Dr. Emdio Di Virgilio)

Emdio Di Virgilio

Il Direttore Regionale
(Prof. Ferdinando Romano)

Ferdinando Romano