

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'Ospedale Israelitico – Ospedale provinciale Specializzato Geriatrico,

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 D;

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 delibera del Consiglio di Amministrazione del 4.5.2010, (Repertorio n. 164035 – ad opera del Notaio Dott. Mario Liguori, dell'1.7.2010 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. 113/2011;
- 5 Copia del Decreto n. 348/2012;
- 6 Copia della nota della Regione Lazio del 4.9.2012.

Roma, 29 gennaio 2013

(Avv. Silvio Bozzi)



ORIGINALE

**ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO
REGIONALE DEL LAZIO**

MANDATO

Ricorso

Per L'Ospedale Israelitico - Ospedale provinciale Specializzato Geriatrico, C.F. 80203290582, con sede in Roma, in Piazza San Bartolomeo all'Isola n. 21, in persona del rappresentante legale pro-tempore Direttore Generale Dott. Antonio Mastrapasqua, giusta delibera del Consiglio di Amministrazione del 4.5.2010, (Repertorio n. 164035 - ad opera del Notaio Dott. Mario Liguori, dell'1.7.2010 Notaio in Roma - rappresentato e difeso, dall'Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; fax 06/8551844; e-mail: silviobozzi@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 **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;
- 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;

Io sottoscritto Direttore Generale Dott. Antonio Mastrapasqua nella qualità di legale rappresentante pro-tempore dell'Ospedale Israelitico - Ospedale provinciale specializzato geriatrico con sede in Roma, Piazza San Bartolomeo all'Isola n. 21, giusta delibera del Consiglio di Amministrazione del 4.5.2010, (Repertorio n. 164035 ad opera del Notaio Dott. Mario Liguori dell'1.7.2010 Notaio in Roma) delego l'Avv. Silvio Bozzi, a rappresentare e difendere detto Ospedale nel presente giudizio, conferendogli ogni più ampia facoltà di legge. Eleggo domicilio presso lo Studio Legale Recchia e Associati in Roma, Corso Trieste, 88.

E' autentica

nonché nei confronti

dell'**AUSL Roma D**, in persona del rappresentante legale pro – tempore;

del **Ministero della Salute**, in persona del Ministro pro – tempore;

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; 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 D**.

Esso svolge attività ospedaliera in senso stretto.

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 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 assegnate 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 assistenziale 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. 502/1992".

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

Orbene, questa 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.

L'attività ad 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.

Il decreto n. 88/2012 è illegittimo 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 della sopracitata 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)

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*, con questo ricorso si intende innanzitutto censurare il decreto 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*.

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; trattasi di 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 veramente 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 impingono 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; riduzioni 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 l'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.

- 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.

- Da ultimo, 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. ECESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E DISPARITA' DI TRATTAMENTO.

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.

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 ha 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 l'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 sia 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.

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 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, ridotta dell’0,50.

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 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 deve essere pari alla spesa consuntiva del 2011 relativa ai volumi di prestazione di cui ai budget 2011 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 prestazioni 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.

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 consuntivo 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.

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.

Orbene la legge sicuramente impone ai privati accreditati il sacrificio di dover subire un riduzione dell’0,50 delle prestazioni ospedaliere erogate nel 2011.

La legge certamente non impone, però, ai privati di farsi carico 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 dell’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 assistenziali specifici indipendenti dal numero delle prestazioni erogate di soggetti erogati; essi peraltro si riferiscono anche a dei soggetti pubblici titolari di funzioni.

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 dell'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 l'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.

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 contenuti, 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 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 si 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 solo 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.

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

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.lgt. 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 é 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, é evidente che, alla luce delle norme soprarichiamate, l'ospedale classificato ricorrente é 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 al 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 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 la riduzione da applicare alle case di cura private e agli 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 all'Amministrazione circa l'esistenza di sistemi sanzionatori relativi alle ipotesi in cui le strutture pubbliche hanno negligenzemente utilizzato i finanziamenti assegnatigli – 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 STRUTTURA E
PRESUPPOSTI.**

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

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 a 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'1,00 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 dell'0,50, 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 solo 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.

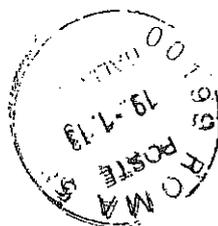
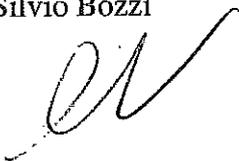
Roma, 19 gennaio 2013

(Avv.  Silvio Boszi)

RELATA DI NOTIFICAZIONE

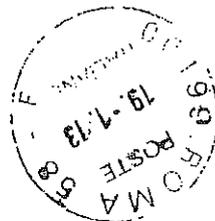
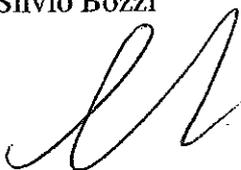
Ad istanza dell'**Ospedale Israelitico – Ospedale provinciale Specializzato Geriatrico**, in persona del rappresentante come in atti, io sottoscritto **Avv. Silvio Bozzi**, a tanto autorizzato con delibera del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Roma n. 92/2008, ho notificato - ai sensi della L. 21/1/1994 n. 53, previa iscrizione al n. **965** 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. **76442828111-8**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



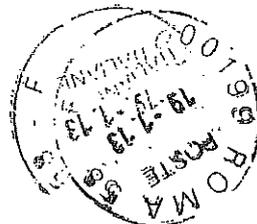
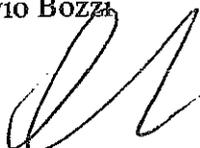
previa iscrizione al n. **966** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio**, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828112-9**, 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. **967** 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. **76442828115-2**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

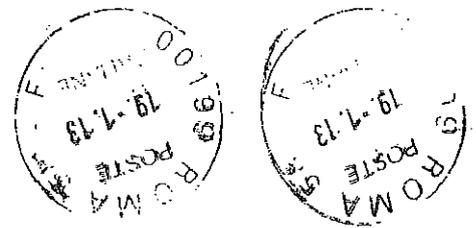
Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. **968** 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. **76442828120-9**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 19 gennaio 2013

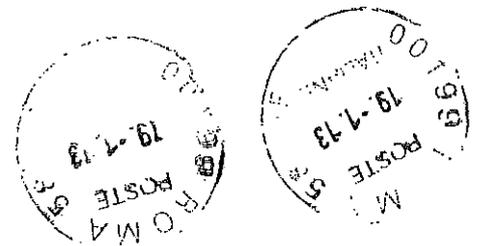
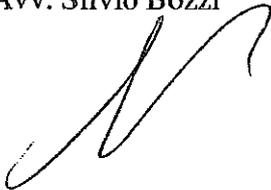
Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. **969** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **AUSL Roma/D**, in persona del rappresentante legale pro tempore, nella sua sede sita in Roma, Via Casal Bernocchi, 73, 00125 Roma, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828136-8**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 19 gennaio 2013

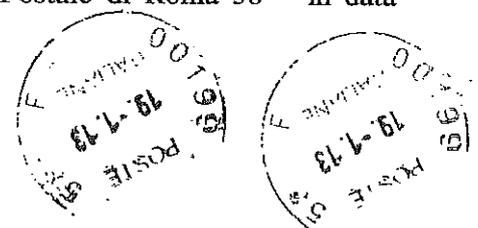
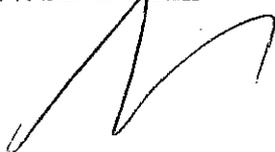
Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. **970** 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. **76442827095-6**, 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. 971 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. 76442827094-5, inviata Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

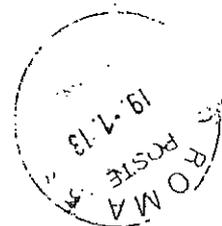
Avv. Silvio Bozzi



(2)

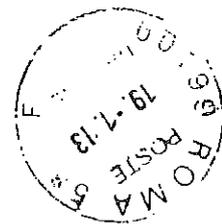
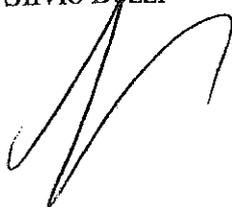
previa iscrizione al n. 972 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del rappresentante legale pro - tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura 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. 76442827093-4, 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. 973 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. 76442828107-2, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 19 gennaio 2013

Avv. Silvio Bozzi



36

N. Raccomandata

76442828112-9



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex-waisite) - SL (4) Ed. 03/04

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

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

966

Commissione o delegato al Piano di Niente in Roma del Signor Saverio della legge 2012 della FDE

DESTINATARIO
Via. Cristoforo Colombo, 212
00145 ROMA

MITTENTE
Avv. SILVIO BOZZI
STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
FAX 06.8551844

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0110
Causale: AG 19/01/2013 10:40
Peso gr.: 192 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR

Corbollo AR: 763950555877
(accettazione manuale)

TASSE

N. Raccomandata

76442828111-8



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex-waisite) - SL (4) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA** RICEV
È vietato introdurre denaro e valori nelle raccomandate: Poste Italiane SpA non ne ris

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

965

Commissione o delegato al Piano di Niente in Roma del Signor Saverio della legge 2012 della FDE

DESTINATARIO
Via. Cristoforo Colombo, 212
00145 ROMA

MITTENTE
Avv. SILVIO BOZZI
STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
FAX 06.8551844

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0110
Causale: AG 19/01/2013 10:41
Peso gr.: 199 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR

Corbollo AR: 765439181189
(accettazione manuale)

TASSE

N. Raccomandata

76442828120-9



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex-waisite) - SL (4) Ed. 03/04

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

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

968

Produzione ITALIANA CONFEZIONATA E FIRMATA IN ITALIA
Consorzio Istituzione Italiana Via. Cristoforo Colombo, 212

DESTINATARIO
Via. Monti di Ereta, 104
00167 ROMA

MITTENTE
Avv. SILVIO BOZZI
STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
FAX 06.8551844

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0108
Causale: AG 19/01/2013 10:38
Peso gr.: 197 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR

Corbollo AR: 765444802076
(accettazione manuale)

TASSE

N. Raccomandata

76442828115-2



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex-waisite) - SL (4) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA** RICEV
È vietato introdurre denaro e valori nelle raccomandate: Poste Italiane SpA non ne risp

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

967

PERONE LAZIO in fers. Pendente p.c.

DESTINATARIO
Via. Cristoforo Colombo, 212
00145 ROMA

MITTENTE
Avv. SILVIO BOZZI
STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
A.R. FAX 06.8551844

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0105
Causale: AG 19/01/2013 10:39
Peso gr.: 198 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
Serv. Agg.: AR

Corbollo AR: 765435719191
(accettazione manuale)

TASSE

76442827095-6



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex vs1515) - SL (4) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

E 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

DESTINATARIO	MINISTERO DELLA SANITA' - Via dei Portofreschi, 12		
	VIA / PIAZZA	00186	ROMA
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

MITTENTE	Avv. SILVIO BOZZI		
	VIA / PIAZZA	CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA	N° CIV.
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRASSEGNA LA CASSELLA INTERESSATA
-----------------------------	--

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0104
 Causale: AG 19/01/2013 10:35
 Peso gr.: 197 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR

Cod. Bollo AR: 765519771092 (accettazione manuale)

TASSE

N. Raccomandata

76442828136-8



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex vs1515) - SL (4) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

E 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

DESTINATARIO	ANSL ROMA - Via dei Portofreschi, 12		
	VIA / PIAZZA	00186	ROMA
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

MITTENTE	Avv. SILVIO BOZZI		
	VIA / PIAZZA	CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA	N° CIV.
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRASSEGNA LA CASSELLA INTERESSATA
-----------------------------	--

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0104
 Causale: AG 17/01/2013 10:37
 Peso gr.: 197 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR

Cod. Bollo AR: 765435719226 (accettazione manuale)

TASSE

N. Raccomandata

76442827093-4



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex vs1515) - SL (4) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

E 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

DESTINATARIO	MINISTERO DELLA SANITA' - Via dei Portofreschi, 12		
	VIA / PIAZZA	00186	ROMA
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

MITTENTE	Avv. SILVIO BOZZI		
	VIA / PIAZZA	CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA	N° CIV.
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRASSEGNA LA CASSELLA INTERESSATA
-----------------------------	--

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0104
 Causale: AG 19/01/2013 10:33
 Peso gr.: 198 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR

Cod. Bollo AR: 765519771116 (accettazione manuale)

TASSE

N. Raccomandata

76442827094-5



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (ex vs1515) - SL (4) Ed. 03/04

Accettazione **RACCOMANDATA**

E 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

DESTINATARIO	MINISTERO ECONOMIA FINANZE - Via dei Portofreschi, 12		
	VIA / PIAZZA	00186	ROMA
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

MITTENTE	Avv. SILVIO BOZZI		
	VIA / PIAZZA	CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA	N° CIV.
	C.A.P.	COMUNE	PROV.

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI	<input checked="" type="checkbox"/> CONTRASSEGNA LA CASSELLA INTERESSATA
-----------------------------	--

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0105
 Causale: AG 19/01/2013 10:34
 Peso gr.: 195 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR

Cod. Bollo AR: 765519771116 (accettazione manuale)

TASSE

N. Raccomandata

76442828107-2



Posteitaliane

EP0795-EP0489 - Mod. 22 AG - MOD. 04001 (Es. var. 1st) - St. [4] Ed. 03/04

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

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

DESTINATARIO	Pardusa Costantino di Elio in viale Mazzini 12		
	VIA PIAZZA		
	00186	ROMA	
MITTENTE	AVV. SILVIO BOZZI		
	STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI		
	CONSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA		
	TEL. 06.8551312 - 06.8559602 FAX 06.6551344		

SERVIZI ACCESSORI RICHIESTI
Contrassegnare la casella interessata

Fraz. 55536 Sez. 5 Operaz. 0103
 Causale: AG 19/01/2013 10:30
 Peso gr.: 199 Tariffa € 8,95 Affr. € 8,95
 Serv. Agg.: AR
 Cod. AR: 765439181190 TASSE
 (accettazione manuale)

Dr. MARIO LIGUORI

00193 ROMA - VIA CASSIODORO, 1/A - TEL. 06.68.40.95.01 r.a. - FAX 06.68.40.95.32 - e-mail: mliguori@notariato.it

VERBALE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DELL'OSPEDALE ISRAELITICO
DEL 4 MAGGIO 2010



L'Anno 2010, il giorno 4 maggio alle ore 16:30 presso la sede sociale in Roma, P.zza San Bartolomeo all'Isola 21, si è riunito il C.d.A. dell'Ospedale Israelitico, per discutere e deliberare sul seguente

Ordine del Giorno:

Ommissis

- 6. Nomina del Datore di Lavoro in materia di salute e sicurezza e prevenzione sui luoghi di lavoro e ambientale ai sensi del Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008.
- 7. Modifica dei poteri attribuiti al Direttore Generale.



[Handwritten signature]

Ommissis

[Handwritten signature]

000136



Aluisi

6. **NOMINA DEL DATORE DI LAVORO IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA E PREVENZIONE SUI LUOGHI DI LAVORO E AMBIENTE AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 81 DEL 9 APRILE 2008.**
7. **MODIFICA DEI POTERI ATTRIBUITI AL DIRETTORE GENERALE.**

Sul punto 6) all'Ordine del Giorno, prende la parola il Presidente il quale:

VISTO il Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, (cd. Testo Unico Sicurezza), a mezzo del quale è stata operata una riforma della materia, anche mediante la formalizzazione legislativa di importanti principi giurisprudenziali in tema di distribuzione delle responsabilità nell'ambito delle strutture ad organizzazione complessa;

VISTO il più recente D.Lgs. n. 106 del 3 agosto 2009, recante "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", che ha apportato rilevanti novità con riferimento all'apparato sanzionatorio in tema di sicurezza, al Responsabile per la Sicurezza, al Documento per la valutazione rischi, ai rischi da interferenza e redazione del DUVRI, ed al trattamento dei costi per la sicurezza;



PRESO ATTO che il suddetto Testo Unico Sicurezza ha esteso gli obblighi in materia di sicurezza e prevenzione sui luoghi di lavoro ed i relativi campi di applicazione, confermando quale principale destinatario dell'obbligo di conformare l'organizzazione dell'attività produttiva alle regole di sicurezza il "datore di lavoro";

PRESO ATTO che sulla predetta figura datoriale gravano oggi compiti e responsabilità ancor più accentuati e di fondamentale rilevanza per l'intero sistema di prevenzione, i quali si estendono dalla valutazione dei rischi all'elaborazione e redazione del piano di sicurezza, nonché alla designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione;

RILEVATO che il Testo Unico Sicurezza, all'art. 2, comma 1°, lett. b), definisce in modo espresso la figura del "Datore di lavoro", come: "il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa";

RITENUTO necessario, onde sopperire e dar seguito in maniera esaustiva agli adempimenti di cui al sopravvenuto Testo Unico Sicurezza, assumere le necessarie determinazioni al fine di conferire ad un soggetto che opera stabilmente nell'ambito della struttura ospedaliera e dotato di ampi poteri gestori, i poteri e i doveri connessi alle prerogative ed agli obblighi propri del Datore di Lavoro, quali ad esempio la predisposizione e sottoscrizione del documento di valutazione dei rischi e conseguente piano di prevenzione, la nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione ed il potere e dovere di assicurare la massima sicurezza sul luogo di lavoro in linea con le conoscenze tecnologiche e scientifiche di volta in volta disponibili;

VISTA la delibera consiliare del 29 novembre 2006 con la quale è stato rinnovato al Dott. Antonio Mastrapasqua l'incarico di Direttore Generale, valevole per cinque anni a decorrere dal 1 gennaio 2007 con tutti i poteri definiti nella delibera consiliare del 25 novembre 2003;

TENUTO CONTO del contratto di prestazione d'opera intellettuale stipulato con il Direttore Generale e valevole per un periodo complessivo di anni 5 a decorrere dal 1 gennaio 2007, con il quale sono stati conferiti ampi poteri e responsabilità nell'ambito della gestione amministrativa ed operativa dell'Ospedale Israelitico;

CONSIDERATO che il Dott. Antonio Mastrapasqua, anche in virtù dei poteri e delle responsabilità proprie dell'incarico di Direttore Generale nonché delle elevate qualità professionali dimostrate nell'espletamento di tale incarico, è il soggetto maggiormente indicato a ricoprire il ruolo di Datore di Lavoro ai fini della normativa sulla sicurezza sui luoghi di lavoro;

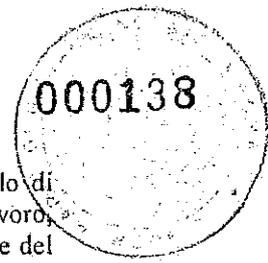
propone di individuare nel Dott. Antonio Mastrapasqua la figura del Datore di Lavoro nel settore della salute e della sicurezza sul lavoro, riconoscendo allo stesso poteri di spesa e decisionali commisurati al ruolo ed alle responsabilità.



Dopo breve discussione, il Consiglio all'unanimità

DELIBERA

di conferire, al Dott. Antonio Mastrapasqua, quale Direttore Generale il ruolo di Datore di Lavoro ai fini della normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro, attribuendo allo stesso, ad integrazione di quelli definiti nella delibera consiliare del 25 novembre 2003 e ribaditi nella successiva delibera del 29 novembre 2006 nonché nel contratto di prestazione d'opera intellettuale stipulato in conseguenza di quest'ultima delibera, i seguenti poteri e doveri da esercitare in via esclusiva e senza ingerenza alcuna per tutta la durata del suo mandato:



1. potere e dovere di esercitare tutte le prerogative e gli obblighi propri del Datore di Lavoro ai sensi della normativa prevenzionistica vigente, incluso il Testo Unico Sicurezza, quali ad esempio la predisposizione e la sottoscrizione del documento di valutazione dei rischi e del conseguente piano di prevenzione, la nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e del Medico competente;
2. potere e dovere di assicurare la massima sicurezza sul luogo di lavoro in linea con le conoscenze tecnologiche e scientifiche di volta in volta disponibili;
3. potere e dovere di impegnare l'Ospedale effettuando investimenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro con firma singola, senza limiti di spesa e con la più ampia facoltà di delega ai sensi del successivo punto n. 5, con il conseguente potere e dovere di dare disposizioni, anche di efficacia immediata, volte a garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori, inclusa la sospensione temporanea delle attività al fine di scongiurare rischi che potrebbero derivare, ad esempio, dalla lentezza nelle procedure di assegnazione degli incarichi ad enti esterni e/o dalla esecuzione di tali interventi da parte degli addetti;
4. potere e dovere di gestione dei rapporti di lavoro e degli incarichi professionali;
5. potere e dovere di organizzazione, gestione e controllo in materia di salute e sicurezza sul lavoro, con la più ampia facoltà di delega di tutti i poteri e compiti in questa sede assegnati, ad eccezione di quelli espressamente indicati dalla normativa vigente come non delegabili; sotto tale aspetto il Dott. Antonio Mastrapasqua avrà facoltà di nominare, nel rispetto dei criteri di scelta dei soggetti delegati previsti dalla normativa vigente, i dirigenti delegati alla sicurezza e i preposti che, in ragione delle specifiche competenze professionali, sovrintendano all'attività lavorativa e garantiscano attuazione alle misure adottate in materia di sicurezza e prevenzione.



A) In particolare, nell'esercizio dei poteri e doveri conferiti, il Dott. Mastrapasqua, nella qualità di Datore di Lavoro, deve:

a) effettuare la valutazione dei rischi di cui all'art. 28 del Testo Unico Sicurezza, nominare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione ed il Medico Competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria nei casi previsti dal Testo Unico Sicurezza;

b) designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza;

c) nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza;

d) fornire ai lavoratori i necessari e idonei dispositivi di protezione individuale, sentito il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e il Medico Competente, ove presente;

e) prendere le misure appropriate affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni e specifico addestramento accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;

f) richiedere l'osservanza da parte dei singoli lavoratori delle norme vigenti, nonché delle disposizioni interne in materia di salute, sicurezza e di igiene del lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuali messi a loro disposizione;

g) inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e richiedere al Medico Competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico dal Testo Unico Sicurezza;

g-bis) nei casi di sorveglianza sanitaria previsti dall' art. 41 del Testo Unico Sicurezza, comunicare tempestivamente al Medico Competente la cessazione del rapporto di lavoro;

h) adottare le misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato ed inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;

i) informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;

l) adempiere agli obblighi di informazione, formazione e addestramento disciplinati dal Testo Unico Sicurezza negli articoli 36 e 37;

m) astenersi, salvo eccezione debitamente motivata da esigenze di tutela della salute e sicurezza, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave e immediato;

n) consentire ai lavoratori di verificare, mediante il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, l'applicazione delle misure di sicurezza e di protezione della salute;

o) consegnare tempestivamente al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, su richiesta di questi e per l'espletamento della sua funzione, copia del documento di Valutazione dei Rischi (DVR), anche su supporto informatico, nonché consentire al medesimo rappresentante di accedere ai dati relativi agli infortuni sul luogo di lavoro, avendo cura di verificare che il documento venga consultato esclusivamente all'interno dell'Ospedale;

p) elaborare il documento di Valutazione dei Rischi ed Interferenze (DUVRI) anche su supporto informatico e, su richiesta di questi e per l'espletamento della sua funzione, consegnarne tempestivamente copia ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, avendo cura di verificare che anche questo documento venga consultato esclusivamente all'interno dell'Ospedale;

q) prendere appropriati provvedimenti per evitare che le misure tecniche adottate possano causare rischi per la salute della popolazione o deteriorare l'ambiente esterno verificando periodicamente la perdurante assenza di rischio;

q.a) svolgere tutte le indagini analitiche ambientali a carattere chimico, fisico e biologico, aventi lo scopo di:

- adempiere a tutte le prescrizioni di legge riguardanti la protezione dei lavoratori contro i rischi da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici;
- accertare, attraverso misure qualitative e quantitative, la situazione ambientale e l'esposizione professionale agli inquinanti aerodispersi di tipo chimico correlati alle lavorazioni esistenti;
- esaminare la situazione impiantistica sotto l'aspetto delle misure di prevenzione adottate;
- elaborare una documentazione oggettiva in grado di costruire un registro dei dati ambientali, a disposizione per eventuali quesiti di organi pubblici o di altre organizzazioni;

r) comunicare in via telematica all'INAIL e all'IPSEMA, nonché per loro tramite, al sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, entro 48 ore dalla ricezione del certificato medico, a fini statistici e informativi, i dati

000139



e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro che comportino l'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento e, a fini assicurativi, quelli relativi agli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni;

000140

s) consultare il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza in ordine a: la valutazione dei rischi, la individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione in seno all'Ospedale; la designazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Sicurezza e degli addetti al servizio di prevenzione; le attività di prevenzione incendi, primo soccorso, evacuazione dei luoghi di lavoro e nomina del Medico Competente; la organizzazione delle attività di formazione;

t) adottare le misure necessarie ai fini della prevenzione incendi e dell'evacuazione dei luoghi di lavoro, nonché per il caso di pericolo grave e immediato. Tali misure devono essere adeguate alla natura dell'attività, alle dimensioni dell'ente ed al numero delle persone presenti;

u) nell'ambito dello svolgimento di attività in regime di appalto e di subappalto, munire i lavoratori di apposita tessera di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro;

v) convocare la riunione periodica con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, il Medico Competente ed il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

z) aggiornare le misure di prevenzione in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi che hanno rilevanza ai fini della salute e sicurezza del lavoro, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e della protezione;

aa) comunicare in via telematica all'INAIL e all'IPSEMA, nonché per loro tramite, al sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, in caso di nuova elezione o designazione, i nominativi dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;

bb) vigilare affinché i lavoratori per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti alla mansione lavorativa specifica senza il prescritto giudizio di idoneità;

cc) fornire al servizio di prevenzione e protezione ed al Medico Competente informazioni in merito a:

1) la natura dei rischi;

2) l'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive;

3) la descrizione degli impianti/macchinari e dei processi di lavoro;

4) i dati relativi agli infortuni e quelli relativi alle malattie professionali;

5) i provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza.

B) In caso di affidamento di lavori, servizi e forniture ad imprese o a lavoratori autonomi, sempre che l'appalto o la prestazione di lavoro autonomo venga resa in luoghi di cui l'Ospedale abbia la disponibilità giuridica, il Dott. Antonio Mastrapasqua, nella qualità di datore di lavoro, deve:

a) verificare l'idoneità tecnico-professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori, ai servizi e alle forniture da affidare in appalto o mediante contratto d'opera o di somministrazione, mediante:

1) acquisizione del certificato di iscrizione alla camera di commercio, industria e artigianato;

2) acquisizione dell'autocertificazione dell'impresa appaltatrice o dei lavoratori autonomi del possesso dei requisiti di idoneità tecnico-professionale, ai sensi dell'articolo 47 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445;

b) fornire agli stessi soggetti dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui sono destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività;



Handwritten signature or mark on the right side of the page.

Handwritten signature or mark at the bottom right of the page.

e) cooperare all'attuazione degli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, informando e raccogliendo informazioni al fine di eliminare i rischi dovuti alle interferenze.

C) in presenza di cantiere temporaneo o mobile, il Dott. Antonio Mastrapasqua, nella qualità di datore di lavoro e committente, si atterrà agli obblighi e provvederà alle incombenze in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei cantieri temporanei o mobili indicati all'art. 89 del Testo Unico Sicurezza e successive modificazioni e integrazioni, provvedendo in particolare a:

- attenersi ai principi e alle misure generali di tutela previste dall'art. 15 del citato Testo Unico Sicurezza;

- designare contestualmente all'affidamento dell'incarico di progettazione per i cantieri nei quali è prevista la presenza anche non contemporanea di più imprese esecutrici, il coordinatore per la progettazione;

- designare prima dell'affidamento dei lavori per i cantieri nei quali è prevista la presenza anche non contemporanea di più imprese esecutrici, il coordinatore per l'esecuzione dei lavori;

- vigilare sulla attività svolta dal coordinatore per la progettazione e dal coordinatore per l'esecuzione dei lavori;

- valutare il piano di sicurezza e di coordinamento nonché il fascicolo di cui all'articolo 91, comma 1, lettere b) del Testo Unico Sicurezza predisposti dal coordinatore per la progettazione;

- comunicare alle imprese esecutrici i nominativi dei coordinatori per la progettazione e per l'esecuzione dei lavori, accertandosi che siano indicati nel cartello di cantiere;

- verificare prima dell'affidamento dei lavori l'idoneità tecnico-professionale delle imprese esecutrici e dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori da affidare, attraverso l'attestato di qualificazione SOA ove prescritto, ovvero, attraverso l'iscrizione alla camera di commercio, industria e artigianato;

- chiedere alle imprese esecutrici dei lavori l'indicazione dei C.C.N.L. applicati e una dichiarazione di regolarità contributiva rilasciabile dall'INPS e dall'INAIL per quanto di rispettiva competenza, ovvero, dalle Casse Edili convenzionate, in merito all'avvenuto adempimento degli obblighi assicurativi e previdenziali di legge e di contratto;

Il Consiglio, inoltre, all'unanimità

DELIBERA

- di ratificare tutti gli atti e l'operato dal Dott. Antonio Mastrapasqua in materia di salute e sicurezza sul lavoro, approvando integralmente le iniziative e le attività sin qui svolte, a partire dalla data di insediamento del presente Consiglio di Amministrazione oggi deliberante;

- di dare mandato al Presidente di stipulare con il Dott. Antonio Mastrapasqua un nuovo contratto di prestazione d'opera intellettuale di durata quinquennale che sostituisca quello stipulato in data 29 novembre 2006., al fine di apportare tutte le modifiche e/o le integrazioni connesse e/o conseguenti ai poteri ed ai doveri assegnati al Dott. Antonio Mastrapasqua con la presente delibera.

Sul punto 7) all'Ordine del Giorno, prende nuovamente la parola il Presidente, il quale evidenzia al Consiglio che, al fine di tenere conto dei poteri e delle responsabilità attribuiti al Dott. Antonio Mastrapasqua quale Datore di Lavoro dell'Ospedale, è opportuno modificare i poteri attribuiti allo stesso Dott.

000141



Mastrapasqua quale Direttore Generale dell'Ospedale, per come definiti nella delibera consiliare del 29 novembre 2006 e nel contratto d'opera intellettuale attuale avente decorrenza a partire dal 1 gennaio 2007, che necessita di una complessiva rivisitazione.

Il Consiglio, dopo ampia discussione, all'unanimità

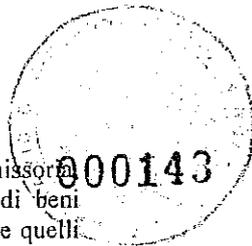
DELIBERA

- di modificare i poteri e le responsabilità attribuiti al Dott. Antonio Mastrapasqua quale Direttore Generale dell'Ospedale, per come definiti nella delibera consiliare del 29 novembre 2006 e nel contratto d'opera intellettuale avente decorrenza a partire dal 1 gennaio 2007;
- di attribuire, pertanto, al Dott. Antonio Mastrapasqua, quale Direttore Generale dell'Ospedale, i seguenti poteri,
 - 1) dirigere nel complesso tutti i servizi e tutti gli uffici dell'Ospedale, proponendo al Consiglio di Amministrazione l'ottimale assetto organizzativo degli uffici, anche sulla base delle proposte formulate dal Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, nonché dando esecuzione ad ogni atto propedeutico o consequenziale alle decisioni adottate; per la realizzazione dei propri compiti, il Direttore Generale si avvale del Direttore Sanitario, il quale dirige e organizza i reparti ed i servizi sanitari, nonché del Direttore Amministrativo, al quale è affidata la direzione degli uffici e dei servizi amministrativi;
 - 2) gestire i rapporti di lavoro e gli incarichi professionali con le modalità ed i termini di seguito indicati:
 - a) nominare il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, e, previa informativa scritta da trasmettere al Consiglio di Amministrazione e previo nulla osta dello stesso, sottoscrivere i relativi contratti;
 - b) nominare il personale dirigenziale medico e sanitario di Struttura Complessa, previa informativa scritta da trasmettere al Consiglio di Amministrazione e previo nulla osta dello stesso;
 - c) nominare, previa informativa scritta da trasmettere al Consiglio di Amministrazione e previo nulla osta dello stesso, il personale dirigenziale di struttura non complessa ed il personale dipendente non dirigenziale - di area sanitaria, amministrativa, professionale e tecnica;
 - d) stipulare, modificare e risolvere i contratti a tempo determinato, di lavoro esclusivo, di prestazione d'opera professionale, di collaborazione e di servizio;
 - 3) gestire i rapporti di lavoro con il personale impiegatizio e dirigenziale, ivi incluso per ciò che attiene l'assunzione, il licenziamento e l'esercizio del potere disciplinare, e conferire e/o risolvere incarichi professionali;
 - 4) rappresentare sia in Italia che all'estero, l'Ente Ebraico civilmente riconosciuto "Ospedale Israelitico di Roma" di fronte a terzi e ad ogni autorità, nonché nei rapporti con l'amministrazione centrale e periferica dello Stato, con Enti pubblici e privati, con persone fisiche e giuridiche ed innanzi all'autorità amministrativa e giudiziaria, in qualsiasi stato e grado;
 - 5) gestire tutti i giudizi e procedimenti sia attivi che passivi, tanto in sede di giudizio come in sede amministrativa in ogni ordine a grado, ivi comprese le Commissioni Tributarie, la Corte di Cassazione e la Corte Costituzionale, nonché innanzi le Organizzazioni Sindacali, le Direzioni Provinciali del Lavoro ed i Collegi Arbitrali per controversie di lavoro, con facoltà e potere di concludere transazioni giudiziali e stragiudiziali firmando i relativi documenti, nominando avvocati e procuratori e conferendo loro i poteri che ritenesse più opportuni

000142



- 6) stipulare con tutte le clausole opportune, compresa quella compromissoria, modificare, risolvere e cedere contratti di compravendita e permuta di beni mobili in genere, ivi compresi contratti relativi a titoli pubblici e privati e quelli iscritti nei pubblici registri, contratti di affitto o di locazione di durata inferiore a nove anni, contratti di leasing e di factoring;
- 7) stipulare con tutte le clausole opportune, compresa quella compromissoria, modificare e risolvere convenzioni e contratti di appalto, di noleggio, di somministrazione con l'Amministrazione dello Stato, delle Regioni, con Enti Pubblici e Privati, con Enti Pubblici Economici e con Istituti ed Enti di diritto pubblico ed altri contratti e convenzioni comunque inerenti agli scopi istituzionali dell'Ospedale;
- 8) concorrere ad aste e licitazioni, anche giudiziarie, da chiunque indette; in caso di aggiudicazione, sottoscrivere i relativi contratti e quant'altro necessario senza limitazione alcuna del relativo valore;
- 9) proporre al Consiglio di Amministrazione il piano annuale di attività, il bilancio preventivo e quello consuntivo dell'Ospedale;
- 10) sovrintendere alla gestione ordinaria dell'Ospedale ed ai suoi affari, con facoltà di firmare la corrispondenza e di rilasciare procure speciali;
- 11) rappresentare l'Ospedale presso gli uffici postali e telegrafici, con facoltà di ritirare pacchi, corrispondenza anche raccomandata ed assicurata, nonché vaglia, assegni o valori diversi; rappresentare l'Ospedale presso ogni altro ente o impresa, con facoltà di ritirare merci, inoltrare ricorsi o reclami di qualsiasi genere, promuovere azioni di danno ed esigere risarcimenti ed indennizzi;
- 12) effettuare versamenti e dichiarazioni, anche periodiche, a favore di enti previdenziali e dell'Erario, in forza della normativa fiscale previdenziale di volta in volta vigente;
- 13) fermi restando i poteri di spesa e la relativa facoltà di delega previste in materia di salute e sicurezza sul lavoro, stipulare, modificare, risolvere ed effettuare operazioni finanziarie e creditizie attive e passive di qualsiasi forma tecnica, con qualsiasi soggetto, Banca o Istituto pubblico e Privato a firma singola sino al valore massimo di Euro 200.000, e con firma congiunta del Presidente del Consiglio di Amministrazione per le somme superiori ad Euro 200.000, ad eccezione dei pagamenti di stipendi e altre competenze del personale, dei versamenti, anche periodici, a favore di Enti previdenziali e dell'Erario, da eseguirsi a firma singola
- 14) eseguire a firma singola tutte le operazioni connesse alla gestione dell'Ospedale, ed in particolare:
- a) stipulare, modificare e risolvere contratti di conto corrente e di deposito presso Istituti di Credito e Uffici Postali;
 - b) richiedere affidamenti di qualsivoglia natura e perfezionare i relativi atti;
 - c) riscuotere somme da chiunque dovute ed a qualsiasi titolo e rilasciarne quietanze;
 - d) compiere tutti gli atti di disposizione in qualsiasi forma a fronte di conti correnti ordinari e di affidamenti accordati all'Ospedale; utilizzare anticipazioni in valuta a fronte di importazioni ed esportazioni ed ogni altra forma di utilizzo nell'ambito degli affidamenti accordati;
 - e) compiere operazioni sui conti correnti postali dell'Ospedale;
 - f) emettere, firmare, accettare, quietanzare e girare effetti cambiari a favore di terzi ivi compresi Istituti di Credito a fronte di operazioni di finanziamento; emettere e girare tratte; fare emettere, accettare e girare per cessione ed anticipazione titoli rappresentativi di merci;
 - g) emettere, girare assegni e vaglia bancari all'incasso; fare emettere, girare assegni circolari e vaglia postali all'incasso;
 - h) effettuare depositi cauzionali in contanti o in titoli e procedere al relativo svincolo;



- 000144
- i) depositare presso Istituti di Credito, a custodia o in amministrazione o pegno titoli pubblici e privati e valori in genere; svincolarli e ritirarli rilasciando ricevuta liberatoria;
 - j) esigere crediti da chiunque e per qualsiasi titolo dovuti all'Ospedale;
 - k) cedere e transigere crediti;
 - l) riscuotere somme, mandati, buoni del Tesoro e titoli assimilati, vaglia postali e telegrafici, assegni ed effetti di qualsiasi specie, depositi cauzionali ed eseguire qualsiasi operazione con l'istituto di emissione, la Cassa Depositi e Prestiti, le Tesorerie della Repubblica italiana, le Regioni, gli Uffici dell'Amministrazione finanziaria, le Province, i Comuni, le Poste e Telegrafi e qualsiasi ufficio pubblico e privato, sottoscrivere le relative dichiarazioni ed esonerare le parti pagatrici da responsabilità rilasciando ricevute e quietanze. Conferire deleghe per l'esecuzione di tali operazioni con facoltà al delegatario di sottoscrivere dichiarazioni e di rilasciare ricevute e quietanze;
 - m) aprire e gestire linee di fido o di sconto, accordi di factoring, leasing, di anticipo fatture, mandati irrevocabili all'incasso e contratti di mutuo, con facoltà di negoziarne di ulteriori;
 - 15) proporre querele e denunce e revocarle, transigere e compromettere in arbitrati sia rituali sia irrituali qualsiasi controversia; nominare arbitri, avvocati, procuratori e periti;
 - 16) far elevare protesti, procedere ad atti esecutivi, conservativi, cautelativi e monitori; autorizzarne la prosecuzione, la sospensione e la revoca;
 - 17) intervenire in tutte le procedure concorsuali assumendo ogni decisione in merito, anche in relazione all'insinuazione del credito;
 - 18) stipulare con tutte le clausole opportune, modificare e risolvere contratti di consulenza, di collaborazione e prestazione d'opera, ivi compresi quelli sanitari, previa intesa con il Presidente del Consiglio di Amministrazione;
 - 19) nominare, revocare e sostituire mandatarî speciali per l'esecuzione, nell'ambito dei poteri conferitigli, di singoli atti o categorie di atti;
 - 20) nominare procuratori "ad negotia" e "ad lites", determinarne i poteri, revocarli e sostituirli;
 - 21) rappresentare l'Ente Ebraico civilmente riconosciuto "Ospedale Israelitico di Roma" in ogni altra occasione, in conformità alle deliberazioni degli organi statutari;
 - 22) in linea generale, compiere tutto quant'altro dovesse occorre per la ordinaria gestione dell'Ospedale.

Tutti i compiti di cui sopra potranno essere subdelegati a terzi, con la sola esclusione di quelli di cui al punto 13) che precede.

Resta inteso che, analogamente a quanto previsto al n. 1, per la realizzazione di tutti i compiti sopra elencati il Direttore Generale si avvale del Direttore Sanitario, il quale dirige e organizza i reparti ed i servizi sanitari, nonché del Vice Direttore Amministrativo, al quale è affidata la direzione degli uffici e dei servizi amministrativi.

Alle ore 18:40 lascia la seduta Ruben Dell'Ariceia

Dell'Ariceia

[Signature]

000148

Ommissis



[Handwritten signature]

Alle ore 20:30 la seduta viene terminata.

Il Segretario
Batia Popel

[Handwritten signature of Batia Popel]

Il Presidente
Dott. Bruno Piperno

[Handwritten signature of Dott. Bruno Piperno]

STUDIO NOTARILE
Dott. MARIO LIGUORI
Via Cassiodoro, 1/A - 00193 ROMA
Tel. 06.68409301 - Fax 06.68409332

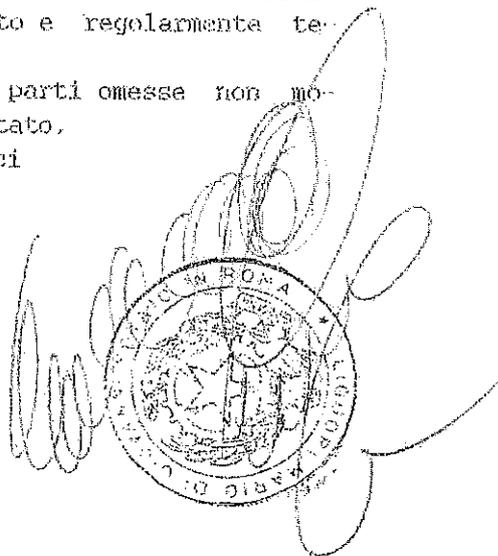
Repertorio n.164035

Io sottoscritto Dottor MARIO LIGUORI, Notaio in
Roma, con studio in Via Cassiodoro n.1/a, iscrit-
to nel ruolo del Collegio Notarile dei Distretti
Riuniti di Roma, Velletri e Civitavecchia,
certifico

che quanto preceda è stato da me estratto dalle
pagine 131 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 -
142 - 143 - 144 e 148 del Libro Verbali delle de-
libere del Consiglio di Amministrazione, vidimato
per la prima volta da me Notaio in data 22 novem-
bre 2005 rep.n.143357, dell'OSPEDALE ISRAELITICO -
ROMA", (già Ospedale Provinciale Specializzato
Geriatrico) con sede in Roma via S.Bartolomeo
all' Isola 21, (già via Fulda n. 14) Partita IVA
02133341004 e Codice Fiscale 80203290582 iscrit-
ta al n. 2133 del Registro delle Persone Giuridi-
che, libro bollato, vidimato e regolarmente te-
nuto ai sensi di legge.

Si certifica altresì che le parti omesse non mo-
dificano quanto sopra riportato.

Roma, uno luglio duemiladieci





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
00145 ROMA

TEL. +39.06.5168.1
FAX +39.06.5168.

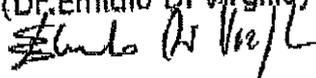
Si trasmettono ai destinatari in indirizzo, per opportuna conoscenza e quanto di competenza, il decreto n. U 00348 del 22 novembre 2012 recante: Legge del 7 agosto 2012 n. 135 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione 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 -

Al sensi dei suddetti decreti il budget dell'attività ospedaliera (acuti, riabilitazione post- acuzie, lungodegenza medica) di cui al 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%

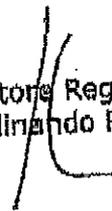
La Aziende Sanitarie Locali sono pregate di notificare i decreti U 00348/2012 e U 00349/2012, di cui è stata richiesta pubblicazione sul BURL, alle strutture afferenti sul proprio territorio.

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)



Il Direttore Regionale
(Prof. Ferdinando 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. 000368/2012

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 dalle 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*

SW

*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 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. 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;

PRESO ATTO che il suddetto costo consuntivato 2011 è al netto della valorizzazione dei controlli esterni e del recupero dei controlli automatici comprensivi del Farmed (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 Farmed (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

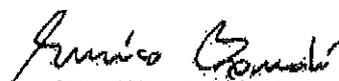
le premesse sono parte integrante del presente provvedimento:

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 delle 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. 300 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



OSPEDALIERA PER ACUTI

Denominazione Struttura		a	b	C = (b - a)
		Budget 2012 DPCA U 0088/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 u. 14	Differenza
120879	Villa Danella	6.340.780	5.906.316	434.464
120883	Villa Valeria	4.975.000	4.587.544	387.456
120884	Villa Tiberia	16.116.720	15.012.419	1.104.302
120885	Marsa Polo	2.840.755	2.646.109	194.646
TOTALE ASL RMA		30.223.254	28.152.387	2.070.867
120132	Guarnifori	13.152.046	12.250.381	901.665
120160	Neoyulcor	13.563.772	12.096.259	1.467.513
TOTALE ASL RMB		26.715.818	24.346.640	2.369.178
120889	NCL	3.074.267	2.864.273	209.994
120116	San Luca	3.400.630	3.223.512	177.118
120143	Concezione Hospital	4.297.000	4.097.378	199.622
120145	Chirurgia Addominale all'Esar	5.023.200	4.679.295	343.905
120137	Imola Major	11.307.458	10.439.590	867.868
120169	Ancunazintola	5.023.500	4.679.295	344.205
TOTALE ASL RMC		32.087.056	29.808.483	2.278.573
120113	Villa Rita	7.561.031	7.042.987	518.044
120171	Citta' di Roma	13.330.818	12.883.144	447.674
120173	European Hospital	14.771.216	13.789.107	982.109
TOTALE ASL RMD		35.663.065	33.695.238	1.967.827
120097	Villa Aurora	5.780.753	5.384.662	396.091
120115	Santa Famiglia	6.759.737	6.296.567	463.170
120159	Nuova Villa Claudia	4.789.531	4.461.357	328.174
120163	San Feliciano	11.315.433	10.540.111	775.322
120180	Aurelio Hospital	26.167.848	24.374.853	1.792.995
TOTALE ASL RME		54.813.302	51.057.549	3.755.753
120140	Silvano	2.193.341	2.043.055	150.286
TOTALE ASL RMP		2.193.341	2.043.055	150.286
120096	Montana della Gioia	10.797.140	10.057.331	739.809
120134	San'Anna	11.361.637	10.583.148	778.489
120176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	14.070.792	13.665.564	405.228
120280	San Raffaele Montecampitri	3.954.272	3.820.367	133.905
TOTALE ASL RMN		30.183.841	28.126.410	2.057.430
120014	Santa Teresa del Bambino Gesù	3.340.829	2.180.437	1.160.392
120012	Silvio	1.983.766	1.847.841	135.925
TOTALE ASL V1		4.324.595	4.028.278	296.317
120209	Casa del Sole	8.700.307	8.104.171	596.136
120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	21.885.455	20.385.886	1.499.569
120213	San Marco	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	4.728.000	4.404.042	323.958
120234	Villa Glia	3.222.527	3.081.788	140.739
120235	Villa Serena	2.432.648	2.263.965	168.683
120236	Santa Teresa	3.263.616	3.041.860	221.756
TOTALE ASL PR		13.646.891	12.791.655	855.236
TOTALE ACUTI PRIVATI		380.816.568	261.825.298	118.991.270

Handwritten signature

Denominazione Struttura		Budget 2012 DPCA U 00882012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 1a	Differenza
120072	San Giovanni Calisto - FOF	51.424.896	47.901.406	3.523.489
120076	Madre Giuseppina Venturi - Figlie di San Camillo	34.891.729	33.800.982	2.390.746
120075	Israelico *	24.890.191	23.184.740	1.705.451
120071	San Pietro - Fatebenefratelli	53.550.472	49.001.247	3.669.225
120073	San Carlo di Nancy	35.994.684	33.521.364	2.466.320
120074	Crisis Bu	22.412.964	20.877.250	1.535.714
120070	Regina Apostolorum	24.986.250	23.276.080	1.712.170
TOTALE ACUTI CLASSIFICATI		248.153.285	231.150.070	17.003.215
120915	Campus Biomedico	74.866.094	69.736.344	5.129.750
120905	Pellegrino A. Gonelli	385.000.000	265.472.085	119.527.915
TOTALE ACUTI POL. UNIV. PRIVATI		389.866.094	335.208.429	54.657.665
120910	San Raffaele Pisano	2.886.814	2.689.012	197.802
120911	Istituto Dermatologico Dell'Unnaio (Istit)	37.792.392	30.545.406	7.246.986
TOTALE ACUTI IRCE PRIVATI		35.679.206	33.234.418	2.444.787
TOTALE ACUTI		924.515.063	861.368.216	63.146.848

* Budget DPCA U 00149/2012

SW

Allegato Budget 2012 Ospedalità - 03/2012 art.16 c. 14

RIABILITAZIONE OSPEDALITARIA POST-ACUZIE

CODICE REGIONALE	DENOMINAZIONE	Budget 2012 DPCA 0004/2012			Budget 2013 L. 136/2012 art. 15 v. 14			Differenza		
		ORD	DI	TOT.	ORD	DI	TOT.	ORD	DI	TOT.
120007	Padelino Italia	4.179.350	888.187	5.067.537	5.755.857	824.532	6.580.389	1.513.850	66.882	1.580.732
120104	Vita Falea	11.811.129	1.644.306	13.455.435	13.081.842	1.351.040	14.432.882	2.571.713	112.660	2.684.373
120082	Napoli Centro di Lido	798.001	106.614	904.615	744.162	102.104	846.266	58.449	7.511	65.960
120135	Mater Misericordias	2.678.919	-	2.678.919	2.495.362	-	2.495.362	183.557	-	183.557
120130	Vita Sordani	11.369.495	1.371.378	12.740.873	10.890.468	1.463.708	12.354.176	1.399.267	167.669	1.566.936
120118	San Raffaele - Portofino	7.746.817	1.055.541	8.802.358	7.216.613	983.216	8.199.829	586.534	72.523	659.057
120146	Santa Rita di Casini	2.897.240	-	2.897.240	2.469.969	-	2.469.969	427.271	-	427.271
120119	Arcade del Buon Pastore	3.802.810	426.925	4.229.735	3.244.172	406.987	3.651.159	578.578	39.938	618.516
120188	Arcade Hospital	4.175.833	541.365	4.717.198	3.899.162	804.459	4.703.621	14.577	37.107	51.684
120328	Basil. Don C. Giusepi	1.779.550	-	1.779.550	1.657.624	-	1.657.624	121.926	-	121.926
120080	Medico Hospital Montepulci	7.693.493	1.087.934	8.781.427	7.166.333	1.013.398	8.179.731	604.696	74.344	679.040
120106	Napoli Hospital	9.423.113	-	9.423.113	8.777.544	-	8.777.544	645.569	-	645.569
120199	Vita Dante	4.282.871	537.977	4.820.848	3.914.805	801.116	4.715.921	104.927	36.863	141.790
120173	Vita Lommi	1.756.665	-	1.756.665	1.636.300	-	1,636,300	120.365	-	120.365
120082	Vita della Quercia	12.283.997	856.579	13.140.576	11.443.254	499.813	11.943.067	1.197.509	34.740	1.232.249
120131	Vita del Pino	2.331.189	302.247	2.633.436	2.387.759	309.947	2.697.706	56.270	22.930	79.200
120176	INI	7.160.933	1.067.681	8.228.614	6.875.863	994.431	7.870.294	358.320	73.150	431.470
120140	San Raffaele - Montecassiano	7.333.690	985.104	8.318.794	6.830.262	917.807	7.748.069	578.532	87.490	666.022
120015	Vita Immacolata	9.880.588	-	9.880.588	8.458.174	-	8.458.174	1.422.414	-	1.422.414
120112	TOT.	9.881.910	1.354.557	11.236.467	9.734.230	1.261.740	10.995.970	1.241.537	92.812	1.334.349
120214	I.F.C. FRANCESCHINI	6.750.489	-	6.750.489	6.287.953	-	6.287.953	462.536	-	462.536
120278	Vita Giovanni	2.535.763	351.049	2.886.812	2.175.719	326.380	2.502.100	384.712	34.749	419.461
120277	San Raffaele - Casale	11.420.944	1.681.317	13.102.261	10.638.411	1.538.170	12.176.581	965.680	115.147	1.080.827
120279	INI Centro Assistenza	8.278.934	1.388.239	9.667.173	7.711.670	1.627.716	9.339.386	327.787	156.513	484.300
	TOTALE RIABILITAZ. PRIVATI	152.668.870	16.434.988	169.103.858	142.208.164	15.208.870	157.417.034	16.685.718	1.126.109	17.811.827
120915	Campio	938.238	-	938.238	871.187	-	871.187	67.051	-	67.051
120905	Gomelli	3.601.637	-	3.601.637	3.354.297	-	3.354.297	247.340	-	247.340
	TOTALE RIABILITAZ. POL. UNIV. PRIV.	4.539.875	-	4.539.875	4.225.484	-	4.225.484	314.391	-	314.391
120910	San Raffaele Piacenza	21.601.136	3.006.665	24.607.801	20.139.677	2.875.170	23.014.847	1.592.954	211.495	1.804.449
120909	Santa Lucia	13.255.405	2.090.613	15.346.018	12.440.674	1.947.369	14.388.043	957.975	103.247	1.061.222
120908	Santa Lucia	21.449.736	-	21.449.736	19.988.022	-	19.988.022	1.461.714	-	1.461.714
	TOTALE RIABILITAZ. INCC PRIV.	56.306.277	5.097.278	61.403.555	52.568.373	4.822.539	57.390.912	4.012.643	214.742	4.227.385
	TOTALE RIABILITAZIONE	213.631.823	21.632.267	235.264.090	194.906.584	20.031.410	214.938.000	20.701.839	1.440.851	22.142.690

EW

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

LUNGODEGENZA MEDICA POST-ACUZIE

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 Domello		1.038.910	964.845	70.973
103	139	Clinica Latina		1.479.740	1.378.350	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	Ancelle del Buon Pastore		2.318.260	2.159.415	158.845
105	244	Villa Verde		2.959.481	2.756.700	202.781
106	197	Clinica Santa Velle		1.085.143	1.010.790	74.353
107	186	Nomentana Hospital		4.833.819	4.502.610	331.208
108	082	Villa delle Querce		2.712.857	2.526.975	185.882
108	122	San Raffaele Rocca di Papa		4.685.845	4.364.775	321.069
108	131	Villa del Pino		2.762.182	2.572.920	189.262
109	015	Villa Immacolata		1.529.065	1.424.295	104.770
112	277	San Raffaele Cassino		2.403.403	2.170.205	233.198
		TOTALE		32.858.238	30.599.372	2.258.865

EW

Lungodegenza

Allegato Finanziamento 2012 funzioni assistenziali ospedaliere ai sensi dell'art. 6 - sezione comma 2 del D.lgs 502/92 e delle funzioni di diagnostica 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

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)
			Funzioni 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
191	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	2.911.160,80	2.711.075,32	2.711.075,32	-	199.408,60
183	076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI - FIGLIE S. CAMILLO	3.125.398,09	2.911.249,85	2.911.249,85	-	214.149,15
105	071	OSPEDALE SAN PIETRO PATEBENEFRATELLI	3.219.610,80	2.999.012,99	2.999.012,99	-	220.605,01
105	180	AURELIA HOSPITAL	2.521.896,00	2.349.098,21	2.349.098,21	-	172.797,79
106	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	41.756.706,00	38.895.578,26	38.895.578,26	-	2.861.127,74

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

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzioni 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	7.861.175,62	7.843.091,43	7.843.091,43	-	518.804,19
102	166	CASA DI CURA NUOVA TOR	491.803,28	488.105,41	488.105,41	-	33.697,87
103	076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI - FIGLIE S. CAMILLO	2.742.849,20	3.554.632,07	3.554.632,07	-	187.916,73
103	915	POL. UNIV. NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	1.639.991,82	1.523.895,30	1.523.895,30	-	113.096,52
104	171	CITTA' DI ROMA	923.406,56	916.210,82	916.210,82	-	67.295,74
104	173	EUROPEAN HOSPITAL	2.946.991,01	2.743.948,25	2.743.948,25	-	201.842,66
105	071	OSPEDALE SAN PIETRO PATEBENEFRATELLI	7.234.982,99	6.739.249,19	6.739.249,19	-	495.733,80
105	074	OSP. GEN. DIZONA "CRISTO RE"	3.453.987,73	3.285.442,34	3.285.442,34	-	168.144,79
105	180	AURELIA HOSPITAL	6.770.395,81	6.306.401,92	6.306.401,92	-	463.993,89
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	27.486.534,33	25.685.038,13	25.685.038,13	-	1.801.496,20
108	134	CASA DI CURA S. ANNA - POMEZIA	491.803,28	466.105,41	466.105,41	-	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)
			Funzioni 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	172.000,00	166.214,75	166.214,75	-	11.785,27
103	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	2.166.400,00	2.017.940,46	2.017.940,46	-	148.439,56
105	911	ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA	708.400,00	659.861,14	659.861,14	-	48.538,86

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)
			Funzioni 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
101	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEFRATELLI	47.860,59	43.516,04	43.516,04	-	3.324,64
103	915	POL. UNIV. NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	423.545,24	394.524,35	394.524,35	-	29.020,90
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	5.836.675,44	5.436.752,27	5.436.752,27	-	399.923,16

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

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	A		B		C = (B - A)
			Funzioni 2012	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Funzioni 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza	
103	059	FONDAZIONE SANTA LUCIA	1.700.000,00	1.583.517,70	1.583.517,70	-	116.482,30
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	1.700.000,00	1.583.517,70	1.583.517,70	-	116.482,30

BN

Allegato "....." al DECRETO N. 208318/2012

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 ACUZIE

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	10.820.860,96	10.079.434,77		741.426,19	
112	277	SAN RAFFAELE CASSINO	3.006.870,07	2.000.842,34		1.006.027,73	

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI CONNESSI ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE 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	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	25.444.617,00	23.701.377,39		1.743.239,61	

QUOTA FINALIZZATA AL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI DI ASSISTENZA PER I PROGRAMMI A FORTE INTEGRAZIONE FRA 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	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	1.312.608,48	1.322.652,60		9.944,12	

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	072	OSP. S. GIOVANNI CALABITA' PATEBENEPIATELLI	46.250,40	42.149,09		4.101,31	
103	076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI - FIGLIE S. CARLO	31.954,70	29.578,50		2.376,20	
103	909	FONDAZIONE SANTA LUCIA	107.701,30	106.321,71		1.379,59	
103	915	POL. UNIV. NON STATALE CAMPUS BIOMEDICO	70.124,30	65.320,01		4.804,29	
104	910	IRCCS SAN RAFFAELE PISANA	71.977,30	67.045,49		4.931,81	
105	071	OSPEDALE SAN PIETRO PATEBENEPIATELLI	60.862,10	56.692,82		4.169,28	
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	728.249,80	676.342,47		51.907,33	
105	911	ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA	152.687,10	147.325,13		5.361,97	
105	176	INI	10.349,50	10.106,10		243,40	
108	070	REGINA APOSTOLORUM	19.642,10	18.240,35		1.401,75	
109	018	VILLA IMMACOLATA	18.788,20	17.500,95		1.287,25	
112	277	SAN RAFFAELE CASSINO	38.105,60	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	7.045.352,00	6.625.352,29		419.999,71	
105	905	POL. UNIV. NON STATALE A. GEMELLI	25.145.884,00	23.422.911,41		1.722.972,59	

291.181.439,41	187.396.604,37	103.784.835,05
----------------	----------------	----------------

BW



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,
Ragioneria, 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

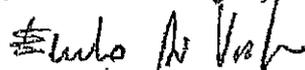
Associazioni
AGCI Lazio
AIOP
ARIS
ANISAP
Confindustria
Confsalute
Don Gnocchi
Fenascop
FOAI
Federlazio Salute
Federlazio Ursap
Federlab
LAISAN
Lega Coop
ANTEA
Confcooperative Lazio

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

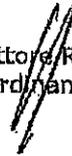
Si trasmette ai destinatari in indirizzo, per opportuna conoscenza e quanto di competenza il decreto n.U00428 del 24 dicembre 2012 recante: Definizione budget provvisori I trimestre 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici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



Il Direttore Regionale
(Prof. 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 provvisori I trimestre 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni con opere 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 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 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 o 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 richiama 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 statuzione 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: *“ Rettifica 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 determinerà 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 dei Fiori, per cui la stessa non è destinataria della proroga del budget 2012 di cui al presente decreto;

RITENUTO che la proroga del budget 2012 di cui al presente decreto debba riguardare anche le strutture e relativi budget 2012 di cui agli eventuali provvedimenti commissariali 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 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'accreditamento definitivo e del riassetto della rete laboristica, non costituisce in alcun modo presupposto ai fini dell'attribuzione del budget 2013;

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

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;

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 precedere, 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'accreditamento 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 verificarsi a consuntivo sulla base delle attività svolte effettivamente, in applicazione della vigente normativa nazionale e regionale sui controlli;

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 del 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 Montecompatri 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 del 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 e 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	2.840.753
101		TOTALE ASL ROMA	30.223.254
102	120132	Guarnieri	13.152.046
102	120166	Nuova Iler	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	5.021.500
103	120157	Pablo Mater	11.207.434
103	120169	Annunziata	5.023.500
103		TOTALE ASL RMC	32.087.056
104	120113	Villa Pin	2.561.031
104	120171	Citta' di Roma	13.830.818
104	120173	European Hospital	14.771.216
104		TOTALE ASL RMD	31.163.065
105	120097	Villa Aurora	5.788.753
105	120115	Santa Famiglia	6.759.737
105	120159	Nuova Villa Claudia	4.289.531
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 RME	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 RMII	38.783.841
109	120014	Santa Teresa del Bambino Gesù	2.340.829
109	120012	Salus	1.983.766
109		TOTALE ASL VT	4.324.595
111	120209	Casa del Sole	8.700.397
111	120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	21.885.455
111	120213	San Marco	1.470.207
111	120215	Città di Aprilia	9.805.467
111		TOTALE ASL LT	41.861.436
112	120230	San'Anna	4.738.600
112	120234	Villa Giola	3.222.597
112	120235	Villa Serena	2.432.648
112	120236	Santa Teresa	3.265.616
112		TOTALE ASL FR	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	23.272.027
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	74.866.094
105	120905	Policlinico A. Gemelli	285.080.000
		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 esterne 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

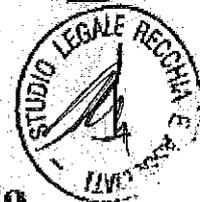
Letto, confermato e sottoscritto in tre originali, conservato uno ciascuno dai sottoscrittori ed uno inviato alla Regione Lazio – Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Risorse del SSR - Area Pianificazione Strategica

Per l'Azienda Sanitaria Locale _____

Per l'Erogatore _____

Il legale rappresentante (allega copia documento di riconoscimento)

REGIONE LAZIO



**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)

segue Decreto n. _____ del _____

RITENUTO pertanto necessario rimandare a successivo provvedimento la ripartizione delle assegnazioni riconosciute alla Regione Lazio per il finanziamento delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria;

VISTO l'art. 17, comma 6, Legge 111/2011 di conversione DL 98/2011 che prevede un maggiore finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale pari a 105 milioni di euro per l'anno 2011;

CONSIDERATO che il suddetto importo non risulta ancora ripartito tra le Regioni e che pertanto l'ulteriore assegnazione alla Regione Lazio sarà oggetto di apposito e futuro provvedimento;

PRESO ATTO che l'importo complessivamente disponibile da ripartire tra le Aziende Sanitarie del Lazio, per quanto sopra descritto, è sinteticamente rappresentato come segue:

fabbisogno indistinto, al netto dei ricavi per entrate proprie convenzionali	9.617.704.895,43	<i>Atto n. 165/CSR del 27/07/2011</i>
Medicina penitenziaria D.Lgs. 230/99	782.000,00	<i>Atto n. 165/CSR del 27/07/2011</i>
TOTALE ASSUNTO A BASE PER IL RIPARTO	9.618.486.895,43	
Saldo mobilità	-74.996.429,00	<i>Atto n. 165/CSR del 27/07/2011</i>
Disponibilità di cassa - Valore a bilancio regionale	9.543.490.466,43	

RITENUTO di dover procedere al riparto del F.S.R. 2011 tra le Aziende Sanitarie Locali del Lazio, al lordo dei valori della mobilità extraregionale attiva e passiva, i cui oneri saranno posti a carico delle singole Aziende sanitarie, da recuperare o da erogare per cassa alle Aziende stesse, secondo il vigente sistema di compensazione che regola i rapporti di scambio tra le Regioni;

RICHIAMATO l'articolo 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, che dispone che il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali debba avvenire sulla base di una quota capitaria corredata in relazione alle caratteristiche della popolazione residente, coerenti con quelli indicati dalla legge 662/1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali;

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 mutando 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%	Convvenz. mediche nazion.	6,500%
		Convvenz. Farmacie	13,000%
		Specialistica ambulat.	11,500%
		Emergenza - Ares 118	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 QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

segue Decreto n. _____ del _____

RIBADITO che sono posti a carico delle singole Aziende Sanitarie Locali i costi conseguenti alla mobilità intra ed extra regionale dei rispettivi cittadini assistiti, per i quali viene assegnata la relativa quota capitaria, nonché i recuperi per le prestazioni erogate a cittadini non residenti, mediante la procedura di compensazione della mobilità, interregionale ed intraregionale, ed i cui valori saranno comunicati dalla Regione Lazio;

RIBADITO che tutte le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del S.S.R. sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito, indicato per le strutture private e per quelle equiparate al pubblico, 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 della rete dei servizi di riferimento;

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;

PRESO ATTO che la definizione delle quote di riparto di cui al presente provvedimento indica i valori di finanziamento ammessi a bilancio e che rappresenta i livelli essenziali di assistenza da assicurare a ciascun cittadino residente, mentre non sono compresi e saranno oggetto di successivi provvedimenti, i maggiori costi del S.S.R., la cui copertura è assicurata dal gettito della manovra fiscale regionale sull'addizionale IRPEF e sull'IRAP, nella misura che sarà accertata nel corso del prossimo esercizio finanziario 2012;

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

- 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;

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

segue Decreto n. _____ del _____

- 3) Finanziamento dei maggiori costi per i programmi di trattamento delle malattie rare - € 18.000.000, secondo i seguenti criteri:
- Selezione dei centri regionali di riferimento e dei presidi per le malattie rare, tratti dalla D.G.R. n. 20 del 7/01/2005 con applicazione di un valore soglia > a 5 utenti per le strutture sede di solo presidio;
 - 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 - € 32.237.275, secondo i seguenti criteri:
- Selezione dei Centri individuati dalla programmazione regionale per le attività di trapianto con assegnazione di una quota per l'attività di coordinamento locale, così come individuata 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 con applicazione di un valore soglia > a 3 donazioni;
 - 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 riferimento - € 10.800.000, secondo i seguenti criteri:
- Selezione dei centri con rilevante significatività e/o unicità a livello regionale, alligati con atti di programmazione regionale; il finanziamento tiene conto di standard organizzativi e di costo predefiniti dei fattori produttivi per centro, nonché dell'attività e dei costi rendicontati dalle aziende e da attività di confronto effettuate rispetto ad altre realtà regionali;
- 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 - € 20.000.000, secondo i seguenti criteri:
- "complessità assistenziale" e "centro di riferimento riabilitativo di elevata specializzazione" così come elaborato dall'ASP con nota prot. 15186/DG del 30/11/2011;
- Al fini del definitivo riconoscimento del finanziamento in argomento l'Agenzia di Sanità Pubblica ASP-LazioSanità, entro tre mesi dalla fine dell'esercizio 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;

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
(deliberazione 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%		€ 588.797.275
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	92,60%		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%	4.542.381.306	
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	2,260%	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	
Ospedaliera	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)			€ 9.618.486.895

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-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.

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

Allegato al Decreto della Presidente in qualità di Commissario ad acta n. 414

REPARTO F.S.R. 2011 - QUOTA A DESTINAZIONE INDIVIDUALE PER LIVELLI DI ASSISTENZA - PARAMETRICA

ALLEGATO A

LIVELLI ASSISTENZIALE	101 ROMA	102 ROMA	103 RMC	104 RMD	105 ROMA	106 RMC	107 RMC	108 RMC	109 VT	110 RI	111 LT	112 FC	AREM 11K	TOTALE REPARTO PARAMETRICO
Previdenza	0,713	0,612	0,461	0,234	0,454	0,261	0,433	0,423	0,281	0,146	0,463	0,448	0,000	5,100
Previdenza	0,395	0,587	0,443	0,234	0,435	0,267	0,432	0,443	0,282	0,146	0,467	0,445	0,000	4,750
Contributo sanitario previdenziale	0,038	0,035	0,020	0,009	0,019	0,014	0,027	0,018	0,019	0,013	0,021	0,033	0,000	0,230
Territoriali - distrettuali	4,373	5,738	4,771	2,653	4,569	2,605	4,214	4,200	3,022	1,691	4,510	4,734	2,405	34,000
Contribuzioni inalterate nazionali	0,463	0,652	0,511	0,258	0,499	0,367	0,699	0,481	0,499	0,340	0,535	0,345	0,000	6,500
Contribuzione Farmaco	1,216	1,552	1,384	1,310	1,257	0,860	1,028	1,160	0,758	0,390	1,197	1,143	0,000	13,000
Societaria ambulatoriale	1,060	3,377	2,615	1,154	1,105	0,597	0,924	1,037	0,655	0,243	1,053	1,032	0,000	11,500
Contributo - Area L10													1,505	
Altri medicinali	4,230	0,255	0,254	0,225	0,234	0,101	0,180	0,174	0,137	0,076	0,291	0,205	0,000	2,250
Direttive e comitati e istituzioni	0,951	1,200	1,046	1,061	1,006	0,562	0,973	0,976	0,602	0,310	1,000	0,933	0,000	10,595
Assistenza salute mentale	0,159	0,228	0,279	0,184	0,170	0,103	0,157	0,179	0,104	0,052	0,180	0,152	0,000	1,830
Assistenza dipendente	0,006	0,362	0,402	0,113	0,104	0,085	0,100	0,112	0,094	0,022	0,118	0,102	0,000	1,250
Contributo sanitario distrettuale	0,282	0,250	0,200	0,231	0,196	0,144	0,174	0,181	0,195	0,137	0,216	0,194	0,000	2,550
Copresidiare	3,407	5,285	4,270	4,304	4,114	2,363	3,661	4,081	2,549	1,846	4,140	3,657	0,000	44,000
Assistenza ospedaliera	3,741	5,042	4,098	4,185	3,949	2,029	3,446	3,875	2,386	1,285	3,932	3,671	0,000	42,800
Contributo sanitario ospedaliero	0,157	0,224	0,173	0,199	0,189	0,124	0,137	0,156	0,139	0,139	0,186	0,285	0,000	2,200
Totale ripartito per ASI in assistenza	4,618	11,653	9,602	8,746	9,162	5,229	8,340	8,738	5,952	3,169	9,148	8,148	1,605	100,000
Totale ripartito per ASI in settori assicurati	774,950,965	1,207,991,553	940,905,842	858,072,126	836,116,902	466,591,323	741,947,010	740,203,156	511,237,930	282,175,912	814,783,795	813,892,523	1,02,044,929	2,506,849,620

RIPARTO 1° R. 2011 - QUOTA FINALIZZATA PER FINANZIAMENTO MAGGIORI COSTI COMUNI ALL'ATTIVITA' DI ASSISTENZA PER L'EMERGENZA, L'URGENZA E PER LE RETI REGIONALI DI EMERGENZA

TABELLA

ASL	CODICE	DENOMINAZIONE (COMUNIS)	DEA I	PUNTI DEA	CENTRO TRAUVA	PUNTI TRAUVA	UTM RICTUS	PUNTI ICTUS	CENTRO RETE CAROSOLI	PUNTI CAROSOLI	PESO TOT. STRUTTURALE	VALORE (2010) R.O. + D.H. IN K€	PUNTI	N. RICOVERI DI ALTA SPE DA 99	PUNTI	VAL ACCESSI (95 2010)	PUNTI	PESO ATTIVITA'	PESO TOTALE RIPARTO	%	QUOTA RIPARTO 2011
101	072	San Giovanni Galliciano - PBF	DEA I	2,5	PST	0	Spoke	0,50	Spoke 1	0,50	3,60	51.007	0,75	183	0,47	5.634.687	1,18	2,40	8,6	1,1%	2.287.576
102	145	Falghetta Galliciano	DEA I	2,5	PST	46,80	TRV/Pse	0,20	Spoke 2	1,00	4,50	58.634	0,88	508	1,28	8.033.593	1,74	3,80	17,5	2,3%	3.288.032
103	257	Santa Maria	DEA I	2,5	PST	0,20	Spoke	0,50	Spoke 1	2,00	4,50	47.055	0,69	444	1,13	12.014.501	2,57	4,95	30,9	2,7%	6.996.925
103	066	Santa Maria	DEA I	2,5	CTZ	2.000	Spoke	0,50	Spoke 1	0,80	5,60	59.380	0,87	493	1,15	8.148.204	1,71	3,84	21,5	2,8%	7.201.586
103	076	Medice G. Vannoni - Figli di S. Camilla	DEA I	2,5	PST	0,20	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	4,00	36.911	0,54	309	0,89	5.755.671	1,21	2,64	13,6	1,4%	3.544.484
104	061	San Giovanni Galliciano	DEA I	2,5	PST	0,20	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	4,00	34.481	0,51	283	0,72	4.298.028	1,35	3,18	13,3	2,7%	5.116.888
105	076	P.O. Santa Maria	DEA I	2,5	PST	0,80	TRV/Pse	0,20	Spoke 2	1,00	4,50	39.410	0,59	408	1,03	4.841.720	0,91	2,53	11,4	1,5%	4.815.908
105	071	San Pietro - Fachenergelli	DEA I	2,5	PST	0,80	TRV/Pse	0,20	Spoke 2	1,00	9,70	54.758	0,80	253	0,75	3.465.466	0,73	2,57	9,5	1,2%	3.192.677
105	180	Aurelia Hospital	DEA I	2,5	PST	0,80	TRV/Pse	0,20	Spoke 2	1,00	4,50	18.403	0,42	212	0,54	3.869.210	1,14	2,57	9,5	1,2%	2.812.170
105	005	Pediferro A. Gemelli	DEA I	4,5	CTZ	3,80	UTM/Hub	1,20	Hub	2,50	13,50	269.665	3,97	1.608	4,10	9.200.795	2,09	10,11	126,4	17,6%	45.737.643
106	045	San Paolo	DEA I	2,5	PST	0,20	TRV/Pse	0,20	Spoke 2	0,60	4,10	31.033	0,33	217	0,30	4.480.577	0,78	1,06	6,4	0,8%	2.151.588
107	043	San Giovanni Evangelista	DEA I	2,5	PST	0,20	TRV/Pse	0,20	Spoke 1	0,60	4,10	35.097	0,37	254	0,65	6.720.758	1,41	2,43	10,9	1,3%	3.941.499
108	043	P.O. Antio-Martino	DEA I	2,5	PST	0,20	TRV/Pse	0,20	Spoke 1	0,60	4,10	17.914	0,26	182	0,46	3.587.570	1,38	2,41	8,7	1,1%	2.901.233
109	271	Baldone	DEA I	2,5	CTZ	2,40	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	6,00	49.998	0,74	533	1,31	6.983.444	1,46	3,51	21,1	2,7%	7.158.099
110	019	San Donato del Lido	DEA I	2,5	PST	0,20	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	4,80	51.728	0,76	338	0,86	5.804.285	1,20	2,85	13,7	1,8%	4.681.997
111	206	P.O. Santa Maria	DEA I	2,5	PST	2,00	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	6,00	60.944	1,09	708	1,94	8.028.017	1,81	4,84	29,0	3,7%	9.714.411
112	218	Unicentro I	DEA I	2,5	CTZ	2,00	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	4,00	34.378	0,51	219	0,56	7.109.039	1,49	2,56	15,2	2,0%	5.144.407
112	228	Gemma de Bonis	DEA I	2,5	PST	0,80	TRV/Pse	0,20	Spoke 2	0,50	4,10	21.923	0,32	308	0,77	3.041.377	1,09	1,73	7,2	0,9%	2.908.807
101	301	San Lameris - Formello	DEA I	6	CTZ	3,80	UTM/Hub	1,20	Hub	2,50	13,50	163.101	2,49	1.728	4,40	12.876.693	2,89	9,59	28,6	10,0%	14.709.654
102	302	San Lameris - Formello	DEA II	6	PST	0,80	Spoke	0,50	Spoke 1	1,00	8,30	84.875	1,40	785	1,85	4.478.086	0,98	4,18	20,1	2,6%	5.377.617
102	303	San Lameris - Formello	DEA II	6	PST	0,80	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	4,80	150.377	2,69	1.584	4,08	17.140.408	3,60	10,35	33,7	10,0%	46.823.809
106	306	Fondello - Lamezia I	DEA II	6	CTZ	3,80	UTM/Hub	1,20	Hub	2,50	13,50	150.377	2,69	1.584	4,08	17.140.408	3,60	10,35	33,7	10,0%	46.823.809
106	307	Fondello - Lamezia I	DEA II	6	PST	0,80	Spoke	0,50	Spoke 2	1,00	4,80	79.196	1,17	711	1,81	7.104.460	1,51	4,59	21,6	2,8%	7.925.303
106	308	San Lameris - Formello	DEA I	2,5	CTZ	2,00	UTM/Hub	1,20	Hub	2,50	8,20	41.199	1,34	651	1,66	8.897.683	1,86	4,87	39,4	5,1%	13.375.602
		TOTALI		76,5		32,60		12,30		28,60	130,30	1.986.794	25,00	13.297	34,80	190.832.423	46,00	100,00	775,48	1,90	281.000.000

REPARTIZIONE F.S.R. 2011 - QUOTA REALIZZATA AL REALIZZAMENTO DEI MAGGIORI COSTI DI FUNZIONAMENTO DEI CENTRI REGIONALI DI INTERIMENTO PER I TRAPIANTI DI ORGANI, PER L'ATTIVITÀ DI SEGNALAZIONE DEI POTENZIALI DONATORI DI ORGANO E PER ATTIVITÀ DI TRAPIANTI

TABELLA 4

ASL CODICE	STRUTTURA	QUOTA PER CONFERIMENTO LOCALE (PER 229/09)	SEGNALAZIONE DONATORI		TRAPIANTI		PERCENTUALE FUNZIONAMENTO PER I TRAPIANTI DI ORGANO	TOTALE FINANZIAMENTO
			NUMERO CASI SEGNALATI	QUOTA PER CASI SEGNALATI	NUMERO TRAPIANTI	QUOTA PER DONAZIONE CORNICE		
101	Asl Roma 4	41.000,00	0	-	0	-	-	41.000,00
102	Asl Roma 5	56.900,00	1	4.500,00	2	-	0	56.900,00
103	Asl Roma 6	56.500,00	8	16.000,00	3	1.125,00	0	485.725,82
104	Asl Roma 7	56.500,00	8	22.000,00	4	500,00	0	464.500,00
105	Asl Roma 8	56.500,00	3	11.500,00	18	3.600,00	0	472.000,00
106	Asl Roma 9	42.000,00	2	9.000,00	12	3.375,00	0	42.000,00
107	Asl Roma 10	56.500,00	9	40.500,00	25	5.625,00	0	56.500,00
108	Asl Roma 11	72.000,00	28	125.000,00	0	-	10	444.500,00
109	Asl Roma 12	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
110	Asl Roma 13	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
111	Asl Roma 14	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
112	Asl Roma 15	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
113	Asl Roma 16	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
114	Asl Roma 17	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
115	Asl Roma 18	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
116	Asl Roma 19	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
117	Asl Roma 20	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
118	Asl Roma 21	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
119	Asl Roma 22	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
120	Asl Roma 23	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
121	Asl Roma 24	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
122	Asl Roma 25	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
123	Asl Roma 26	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
124	Asl Roma 27	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
125	Asl Roma 28	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
126	Asl Roma 29	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
127	Asl Roma 30	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
128	Asl Roma 31	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
129	Asl Roma 32	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
130	Asl Roma 33	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
131	Asl Roma 34	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
132	Asl Roma 35	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
133	Asl Roma 36	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
134	Asl Roma 37	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
135	Asl Roma 38	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
136	Asl Roma 39	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
137	Asl Roma 40	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
138	Asl Roma 41	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
139	Asl Roma 42	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
140	Asl Roma 43	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
141	Asl Roma 44	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
142	Asl Roma 45	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
143	Asl Roma 46	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
144	Asl Roma 47	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
145	Asl Roma 48	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
146	Asl Roma 49	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
147	Asl Roma 50	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
148	Asl Roma 51	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
149	Asl Roma 52	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
150	Asl Roma 53	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
151	Asl Roma 54	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
152	Asl Roma 55	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
153	Asl Roma 56	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
154	Asl Roma 57	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
155	Asl Roma 58	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
156	Asl Roma 59	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
157	Asl Roma 60	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
158	Asl Roma 61	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
159	Asl Roma 62	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
160	Asl Roma 63	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
161	Asl Roma 64	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
162	Asl Roma 65	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
163	Asl Roma 66	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
164	Asl Roma 67	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
165	Asl Roma 68	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
166	Asl Roma 69	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
167	Asl Roma 70	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
168	Asl Roma 71	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
169	Asl Roma 72	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
170	Asl Roma 73	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
171	Asl Roma 74	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
172	Asl Roma 75	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
173	Asl Roma 76	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
174	Asl Roma 77	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
175	Asl Roma 78	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
176	Asl Roma 79	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
177	Asl Roma 80	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
178	Asl Roma 81	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
179	Asl Roma 82	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
180	Asl Roma 83	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
181	Asl Roma 84	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
182	Asl Roma 85	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
183	Asl Roma 86	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
184	Asl Roma 87	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
185	Asl Roma 88	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
186	Asl Roma 89	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
187	Asl Roma 90	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
188	Asl Roma 91	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
189	Asl Roma 92	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
190	Asl Roma 93	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
191	Asl Roma 94	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
192	Asl Roma 95	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
193	Asl Roma 96	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
194	Asl Roma 97	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
195	Asl Roma 98	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
196	Asl Roma 99	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
197	Asl Roma 100	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
198	Asl Roma 101	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
199	Asl Roma 102	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
200	Asl Roma 103	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
201	Asl Roma 104	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
202	Asl Roma 105	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
203	Asl Roma 106	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
204	Asl Roma 107	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
205	Asl Roma 108	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
206	Asl Roma 109	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
207	Asl Roma 110	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
208	Asl Roma 111	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
209	Asl Roma 112	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
210	Asl Roma 113	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
211	Asl Roma 114	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
212	Asl Roma 115	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
213	Asl Roma 116	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
214	Asl Roma 117	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
215	Asl Roma 118	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
216	Asl Roma 119	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
217	Asl Roma 120	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
218	Asl Roma 121	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
219	Asl Roma 122	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
220	Asl Roma 123	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
221	Asl Roma 124	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
222	Asl Roma 125	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
223	Asl Roma 126	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
224	Asl Roma 127	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
225	Asl Roma 128	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
226	Asl Roma 129	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
227	Asl Roma 130	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
228	Asl Roma 131	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
229	Asl Roma 132	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
230	Asl Roma 133	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
231	Asl Roma 134	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
232	Asl Roma 135	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
233	Asl Roma 136	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
234	Asl Roma 137	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
235	Asl Roma 138	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
236	Asl Roma 139	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
237	Asl Roma 140	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
238	Asl Roma 141	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
239	Asl Roma 142	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
240	Asl Roma 143	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
241	Asl Roma 144	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
242	Asl Roma 145	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
243	Asl Roma 146	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
244	Asl Roma 147	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
245	Asl Roma 148	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
246	Asl Roma 149	41.000,00	0	-	1	-	0	41.000,00
247	Asl Roma 150	41.00						

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

TABELLA B

ASL	Codice	ISTITUTO	NUMERO CENTRI	NUMERO PRESIDII	TOTALE CENTRI/PRESIDII	TOTALE UTENTI	PESO CENTRI	PESO PRESIDII	PESO STRUTTURALE	QUOTA PER STRUTTURALE	QUOTA PER UTENTI	TOTALE FINANZIAMENTO
905	906	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO UMBERTO I	3	12	20	3.275	1	0,5	14,0	2.800,000	3.325,325	6.729,325
920	920	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO TOR VERGATA	3	3	6	280	1	0,5	4,5	900,000	335,533	1.235,533
905	905	AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO A. GEMELLI	3	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	1.178	1	0,5	3,0	808,000	1.411,633	2.011,633
903	903	A.O. SAN FILIPPO NERI	1	2	3	136	1	0,5	2,0	400,000	182,973	582,973
100	072	A.O. SAN GIOVANNI CALIBDA - PATERENFRATELLE	1	1	1	61	1	0,5	0,5	100,000	73,098	173,098
918	918	IRCCS IMMI LAZZARO SPALLANZANI	1	0	1	7	1	0,5	1,0	200,000	8,388	208,388
105	911	IRCCS SAN GIULIANO D'ASCO	1	1	1	449	1	0,5	0,5	100,000	538,050	638,050
105	073	IRCCS SAN GIULIANO D'ASCO	1	0	1	20	1	0,5	1,0	200,000	28,967	228,967
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 GABRIANO	2	0	2	175	1	0,5	2,0	400,000	209,798	609,798
108	086	OSPEDALE S. EUGENIO - ASL RM C	3	1	4	283	1	0,5	3,5	700,000	346,317	1.046,317
103	030	OSPEDALE D'ITALIANO - ASL RM E	0	1	1	143	1	0,5	0,5	100,000	168,965	268,965
110	019	OSPEDALE S. CAMILLO DE LELIS - ASL RIETI	1	2	3	16	1	0,5	2,0	400,000	19,173	419,173
TOTALE			51	27	53	7427			44,5	8.900.000,00	8.900.000,00	17.800.000,00

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

del

TABELLA 5

RIPARTO FSR 2010 - QUOTA FINANZIATA A FUNZIONE PER IL FINANZIAMENTO DEI MAGGIORI COSTI CONNESSI ALLE ATTIVITÀ DEI CENTRI REGIONALI DI RIFERIMENTO

ASL	Codice	STRUTTURA	CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE	QUOTA A FUNZIONE	TOTALE
105	905	POLICLIN. UNIV. STATALE GEMELLI	Centro Antiveleni	1.200.000	1.200.000
901	901	A.O. S. CAMILLO FORLANINI	Centro Regionale di coordinamento e compensazione - sistema trasfusionale	1.200.000	1.200.000
902	902	A.O. S. GIOVANNI	Innesti corneali (banca occhi)	1.200.000	1.200.000
			Screening neonatale	1.200.000	
			STEN - Servizio Trasporto Emergenze Neonatali	1.200.000	4.800.000
			Fibrosi cistica	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 _____

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 O DEL SERVIZIO RESO ALLA PERSONA - ASSISTENZA RIABILITATIVA POST ACQUIE

ASL	CODICE	STRUTTURA	Funzione complessità assistenziale (metodo DCA 67/2010)		FUNZIONE CENTRO DI RIFERIMENTO RIABILITATIVO DI ELEVATA SPECIALIZZAZIONE PER GCA (DCA 75 E 76/2010 E 9/2011)		TOTALE FINANZIAMENTO
			GG TOTALI 2010 PER MIELOLESI, PARA/TETRAPLEGICI E GCA	PESO	FINANZIAMENTO	"PESO" (PL DCA 90/2011)	
103	058	Centro Traumatologico Ortopedico	9.624	17,1	2.491.650,49	-	2.491.650
103	909	Fondazione Santa Lucia	28.633	50,9	7.413.074,43	89,89	12.248.690
104	065	Centro Paraplegici Ostia	8.887	15,8	2.300.845,42	-	2.300.841
112	277	San Raffaele - Cassino	9.094	16,2	2.354.453,56	11,11	2.955.818
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

TABELLA 2

RIPARTO F.S.R. 2011 - 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	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. 005348 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. 00034/8/2012

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

27

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

BN

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 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";

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



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 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;

21

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 valore 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:

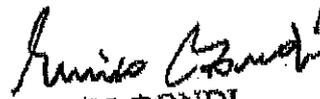
1. di dare applicazione a quanto disposto dall'art. 15, comma 14 della L. 135/2012 che ha convertito in legge, con modifiche il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";
2. che i budget 2012 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al DPCA U 0089/2012 sono, ai sensi delle sopracitata L. 135/12, art. 15 c. 14 rideterminati in diminuzione nella percentuale di 0,4243%;

22 NOV. 2012

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

BN

A B C=(B-C)

Determinazione struttura		Budget 2012 DIPCA 15/0889/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
101	096594		64.082,66	273,06
101	096604	17.169,13	17.036,54	72,59
101	096803	28.990,65	28.867,04	123,61
101	608101	56.534,75	56.294,87	239,88
101	608301	883.707,99	879.958,42	3.749,57
101	601481	294.140,39	292.892,35	1.248,04
101	601701	162.866,36	161.978,71	887,65
101	602501	26.560,61	26.447,92	112,70
101	602901	53.913,26	53.684,53	228,73
101	603101	43.303,37	43.020,06	283,31
101	603101	262.833,49	261.718,38	1.115,10
101	603201	179.989,38	179.216,72	772,66
101	603401	925.506,48	921.579,56	3.926,92
101	603501	116.431,30	115.937,28	494,02
101	603801	48.777,56	48.578,68	208,88
101	604402	120.033,31	119.514,05	519,26
101	604502	486.334,94	483.415,11	2.919,83
101	604902	231.428,36	230.531,27	897,09
101	605002	30.140,66	30.012,78	127,88
101	605902	45.254,64	45.062,62	192,02
101	605902	260.108,18	199.259,12	608,06
101	605902	147.782,29	147.128,38	653,91
101	605902	104.085,00	103.653,36	431,63
101	606102	63.637,53	63.367,52	270,01
101	607002	1.276.400,98	1.270.985,21	5.415,77
101	607302	41.753,10	41.575,94	177,16
101	607402	28.212,41	28.092,71	119,70
101	607702	377.937,72	376.334,13	1.603,59
101	607902	177.347,94	176.595,46	752,48
101	608102	54.561,58	54.330,08	231,50
101	608302	390.369,97	389.401,68	968,29
101	608302	178.177,51	177.421,58	755,93
101	608402	31.212,98	31.089,55	123,43
101	610203	1.832,94	1.825,16	7,78
101	610504	784.049,39	780.722,67	3.326,72

C=(B-C)

A

B

Differenza

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA U 0089/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c.34	Differenza
101	610604	VILLA TIERIA	626.071,83	2.656,42
101	610704	VILLA VALERIA POLLAMBULAT.	116.554,02	494,54
101	611804	SFERA SRL	368.313,78	1.561,91
101	611104	TALENTI POLLAMBULATORIO	166.321,26	785,70
101	611204	ARISTEA SRL	54.768,26	232,38
101	611304	ARISTEA SRL	453.336,20	1.923,88
101	611404	LABORATORIO GLAF SRL	176.227,94	535,59
101	611504	ORTASA SRL	131.392,05	557,53
101	611604	FERRETTI 4D SRL	248.449,78	1.824,47
101	611704	OREDA SRL	208.097,88	849,02
101	611804	MEDITI SNC	168.716,58	715,37
101	611904	CAPRI MEDICAL HOUSE	1.597.372,69	6.777,65
101	612004	DELLE VALLI SRL	65.412,94	277,53
101	612104	L.A.B. AN. CLIN. DR. SANDONE	159.048,07	674,84
101	612204	BIOTECNICA ROMANA SRL	173.983,56	738,21
101	612304	TELIANO CONSULTORIO SRL	56.362,84	368,98
101	612404	DIAGNOSTICA SRL	448.837,55	1.903,53
101	612504	NOVA MEDICA SRL	297.659,74	1.363,34
101	612604	ACCADÉMIA SRL	181.328,41	769,38
101	612704	ST. PIET ROMANO	3.496,84	13,14
101	612804	RX NORMATANA DR. CARVELLI S.N.C.	114.774,34	486,99
101	612904	PROF. DE ARCANDELLI SRL	543.319,44	2.395,90
101	613004	LUISA S.A.M. SRL	233.781,97	991,60
101	613104	GIULIO CHARI SRL	186.378,41	790,50
101	613204	L.E.A. S.N.C.	58.370,98	213,72
101	613304	ECRA S.L. SRL	146.594,59	623,00
101	613404	ELAMENIO 9 SRL	103.061,53	437,43
101	613504	ISTITUTO FLEMING SRL	42.678,92	181,85
101	613604	LAB. AN. CL. DR. L. ANTONINI SRL	58.665,17	291,35
101	613704	LABORATORIO DE SANTIS SRL	539.515,79	2.289,17
101	613804	COTHEZ STUDIO SRL	173.196,11	734,87
101	613904	GIEMINI MEDICAL SRL	108.072,23	458,55
101	614004	GIEMINI SRL	61.383,23	239,60
101	614104	FISIOCENTRO SRL	28.582,11	120,93
101	614204	CARDIOFISIOLOGICA SRL		

NO

C=(B-C)

B

A

	Determinazione struttura	Budget 2012 DP/CA U 00892012	Budget 2012 L. 1337012 art. 15 c. 14	Differenza
101	656494 CAR. VIT. AL. SRL	83.847,36	83.491,61	355,76
101	657202 LAB. AN. CLINICHE F. GORINI SRL	36.433,75	36.279,16	154,59
101	658603 AFRI AMBULATORIO	112.845,67	112.366,87	478,80
101	659201 AN. CLINICHE CASTELFIDARDO SRL	119.294,71	119.788,54	506,17
101	659702 COMPAGNIE GEN. DES HORTAUX	147.703,34	147.075,14	628,70
101	660004 STUDIO POLISP. NOMBENTANG	566.669,85	564.256,51	2.404,34
101	660604 MEDICAL HOUSE VIGNE NUOVE SRL	2.152.148,16	2.143.016,60	9.131,56
101	660604 SOCIETA' ATTIVITA' SANITARIE	785.407,47	782.074,99	3.332,68
101	662202 MEDICAL COVER	78.112,86	77.781,43	331,43
101	663401 GENEM MEDICAL CENTER	43.434,31	43.250,02	184,29
101	663604 GIARNIERI SRL	335.663,61	334.239,39	1.424,22
101	663702 DIAGNOSTICA BORGED SRL	160.669,68	159.987,95	681,72
101	664304 IKOR SRL	200.263,83	199.414,11	849,72
101	666002 MONTECERVALTO RADOL. SRL	89.984,95	80.561,67	9.423,28
101	666104 BRESCA SRL LABORATORIO	13.849,21	13.790,45	58,76
101	666402 PATA RADIOLOGICA	72.574,68	72.266,66	307,93
101	666702 STUDIO DI DIAGNOSI MEDICA SRL	81.615,23	81.268,94	346,29
101	666802 MEDICAL IMAGING ECO-X SRL	32.591,60	32.762,00	139,60
101	667104 ZURIGO SRL	187.445,99	186.849,75	796,18
101	668102 IRI GIORGIPATOLOGIA CLINICA SRL	9.211,35	9.171,37	39,08
101	668704 SARGENTINI LAB. AN. CL.	60.656,89	60.399,53	257,37
101	669201 CASA SAN EUCIO S.R.L.	447.991,38	446.894,35	1.097,03
101	669201 POL. ODONT. ALPA 83	99.286,30	98.885,03	401,27
101	669401 SANEM 2001 DI TOCCI A. S.N.C.	735.616,53	732.495,31	3.121,22
101	669502 C.M.N.I. CENTRO MEDICINA NUCL. ITALIANO	395.889,57	394.130,15	1.679,42
101	669602 STUDIO IH MEDICINA NUCLEARE - FUCINI	241.116,96	240.893,98	1.023,66
101	669804 STUDIO IH MEDICINA NUCLEARE - FUCINI	29.553,62	29.496,23	125,39
101	669904 LAB. ANALISI CLINICHE CAVOUR SRL	30.106,62	29.980,87	125,75
101	700001 LABORATORIO ANALISI DR.SSA TOLLOY	538.754,34	536.465,32	2.285,92
101	700001 ISTITUTO CSS MENDEL	16.298,03	16.139,24	68,77
101	700203 META MEDICA	61.810,98	61.548,03	68,77
101	700404 SOC. MARIELLI ANALISI CLINICHE	8.186,21	8.151,48	34,73
101	700603 STUDIO RADIOLOGICO MARIELLO SRL	1.090,25	1.085,62	4,63
101	700703 ITALMEDICA S.A.S.	25.325,76	25.218,30	107,46
101	700801 AR.PA. RADIOLOGICA S.P.A.	31.966,46	31.830,83	135,63
101	701001 STUDIO DIAGNOSTICO PANTHEON SRL			

21

C=ID-C

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 DPCA U/0689/2012	Budget 2012 L.155/2012 art. 15 c.14	Differenza
102	814800	AZZOPARDI ROSARIO MARIA	302.45,13	128,33
102	055300	MERLO ENZO	54.510,00	231,29
102	063800	STRATI MARIA	87.428,34	370,92
102	096000	ZANGRILLA LUIGI	57.856,45	160,02
102	203801	FRACASTORO SRL	146.374,51	630,98
102	606500	ARETIZIA DE BONOMOLO ALTRI	70.583,89	299,53
102	604500	REK.T. D.A.L.C.	754.327,54	3.208,61
102	613200	TIBURTINO	498.547,32	2.115,34
102	613500	LABOMEDICA SRL	360.928,38	741,84
102	613600	PASTEUR	174.843,01	1.571,49
102	613700	TERAPIA FISICA E RIABILITATIVA SRL	1.379.872,24	5.854,80
102	613800	SOC.DOLOMITI (NUOVA TEOR)	251.674,06	1.065,31
102	614000	IST.RADIOLOGICO TIBURTINO	21.662,68	91,91
102	614100	LABOCONSULT SRL	75.110,43	318,69
102	614200	TE.MI.SRL	9.819,49	41,66
102	614400	LAB.ANAL.CI.R.FIETRALATA SRL	346.313,87	1.670,26
102	615000	A.D.I. ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO ITALIANO	15.553,94	66,42
102	616000	E.K.E. SALVETTI SRL	583.327,41	2.475,86
102	616100	RESCA LAB.JAN.CLINICHE	196.686,17	834,54
102	616200	CEN.FISIAT.E RIABILITAZ.	293.816,32	1.246,69
102	616300	F.K.T. SRL	824.421,77	3.527,22
102	616400	CENTRO ALESSANDRINO FISIOL.SNC	62.174,17	264,13
102	616500	LAB. ANALISI SAN FELICE SRL	131.259,29	561,17
102	616600	LABORATORIO IRIS SRL	349.287,95	1.481,69
102	616700	BIODIAG-ALESSANDRINO SRL	253.373,31	1.075,15
102	616800	DOMUS MEDICA	140.226,30	629,35
102	616900	CASA DI CURA GUARNIERI SPA	1.323.513,34	5.615,67
102	617000	FRANLISA ANALISI SRL	61.465,10	260,63
102	617100	LAB.JAN.CLINIPERIONE SRL	39.156,25	1.681,82
102	617200	OP.MADONNA DIV.AMORE SECONDA	24.286,50	102,05
102	617300	LAB.TORBELLAMONACA SRL	363.956,68	1.548,94
102	617400	LAB.MAG.M.MALFEGHI SRL	152.943,91	648,94
102	617500	BICHAMA 77	266.314,45	1.129,97
102	619500	COMUNITA' CAPOBARCO DI ROMA	46.634,45	197,86
102	620200	LAB.AN.MED.MED.IV MEGLIO	92.797,91	393,74

C=(B-C)

A

B

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA U 00892012	Budget 2012 L. 1352012 art. 15 c. 14	Differenza
102	620309	501TUSCOLANA ACCERDIAGNOS.	462.466,32	1.961,24
102	620400	RA.CL.RADIOIAG.CIRRECCITA' SNC	112.028,38	475,90
102	620600	LAB.AN.CL.EUROPA SELANO SRL	11.836,49	50,22
102	620309	VILLA ALBA SRL	182.158,70	772,90
102	644500	LABORAT.VIA D.ANGELI SRL	105.295,63	446,77
102	645000	LAB.ANALISI MERCURY SRL	62.894,13	266,86
102	645000	EMMEPI SRL	162.414,74	683,37
102	646000	LABS TOR SAPIENZA	60.063,44	254,93
102	646200	EX SONIC	76.489,52	324,55
102	647500	LAB.ANALISI PROMI SRL	473.550,50	1.609,27
102	648000	LEPEITI	520.434,53	2.108,20
102	649200	CAMES SRL	592.637,41	2.514,56
102	650000	BIOS	251.317,47	1.666,34
102	650300	LAB.ANALISI AEROLAB	126.881,78	538,36
102	650400	CEDIT CENTRO DIAGNOSTICO TIBURTINO SRL	66.122,16	195,70
102	650700	CARD.CENTOLINA CASELLI SRL	84.296,27	357,67
102	650800	CIAMARRA 2000 SRL	146.270,54	622,75
102	651000	RAD.DI CARLO E G.PAROLA SRL	108.436,69	468,10
102	651500	MYCETE	224.038,90	958,48
102	651900	FISIOCARD SRL	165.253,49	701,17
102	654000	BIAX RADIOLOGIA MEDICA S.R.L.	48.372,43	205,24
102	654500	BROMEDICA	66.563,59	382,43
102	655000	MEDICAL RAY	40.260,88	172,97
102	655200	DIAGNOSTICA NOBILIONE SRL	139.450,97	591,49
102	655300	FISIOUSCOLANO SRL	493.699,36	2.094,77
102	655600	BIOSYSTEM SRL	135.972,67	576,93
102	656000	BIERLABOR S.R.L.	112.200,48	476,87
102	657000	RAD.COLLI ANENE SRL	39.697,21	168,44
102	658000	BIO TEST SRL	152.813,85	673,84
102	658500	ANALITICA ASKLEPEION	79.447,89	337,16
102	658700	VILLA GHIGHI SRL	19.544,67	82,93
102	659300	ARCHIACONO SRL	82.503,02	350,06
102	659400	ST.RADIOG.GIOVINAZZO V. SNC	38.228,16	128,26
102	659600	ARTE MEDICA TOR VERGATA SRL	47.821,34	202,91
102	659800	ST.RADIOLOGICO PANTARAY	138.490,21	587,61

Allegato " " al DECRETO N. 000248/2012

C = (B-C)

		A		B		Differenza
Denominazione struttura		Budget 2012 D.F.C.A. U. 0089/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14			
102	659109	AR.MA.RAD. SRL	34.115,63	44.175,21	60,40	
102	659409	RADIOL.CASILINO	58.151,53	57.904,80	246,74	
102	661202	LAB.AN.CLIN. GIGLIOLI SRL	93.158,81	92.754,77	395,24	
102	663300	ANNIRALLANO	166.443,49	165.782,25	74,27	
102	663509	S.ANDREA BELLA VALLE	17.504,66	17.409,38	285,99	
102	663900	ST. RAD.MOL. MINERVA SRL	67.617,85	67.398,51	194,92	
102	663909	ST.RAD DELTA RX	43.583,44	43.929,27	153,10	
102	667500	RAB.ANCIO GALLO SRL	36.082,37	35.954,97	266,26	
102	667608	RADIOL.GUERRISI	86.331,23	85.954,97	103,47	
102	668008	DIAGNOSTICA BASEL	24.385,21	24.281,74	2.785,71	
102	668988	FISIO MICHELMARIA A.F.I.	656.542,86	653.757,15	436,73	
102	669300	PRESIDI SANTIARI	108.573,82	108.144,85	535,70	
102	669909	CENTRO DIAGNOSTICO GIARDINETTI SRL	126.255,25	125.719,55	460,47	
103	010000	EUROLAB	108.524,87	108.864,48	984,27	
103	010100	ST. SEMEOL. FUNZIONALE	231.975,36	238.891,89	79,93	
103	010200	NIKE '85	19.839,84	18.759,11	3.934,84	
103	010300	POLISPECIALISTICA CARDA SRL	927.371,73	923.456,90	236,72	
103	010400	STUDIO RADIOLOGICO SPINACETO	55.791,39	55.554,57	968,05	
103	010500	CENTRO RIC. PAT. CLINICA SRL	228.152,14	227.784,09	680,28	
103	011100	FESSIONER SRL	160.339,83	159.658,54	325,69	
103	011400	RAD. MOSTACCIANO SRL	76.759,96	76.424,07	491,39	
103	012000	ANALISI CLINICHE TRE FINI SRL	115.812,55	115.521,16	627,77	
103	012200	GAMBHA S.N.C.	147.955,43	147.327,66	568,49	
103	012300	SALUS 2000 SRL	133.982,91	133.413,82	1.652,12	
103	012700	RDCOMAR SRL	389.375,87	387.725,75	424,97	
103	013000	ANALISI CLINICHE PA VESE SRL	108.157,85	99.732,69	87,48	
103	013700	C.D.C. N.C. ANNUNZIATELLA SRL	70.897,52	70.518,13	1.280,96	
103	013800	BIOMEDICAL SRL	283.045,54	281.844,58	2.829,00	
103	014000	LABORATORIO ANALISI CLINICHE CARAVAGGIO	902.428,41	898.599,49	835,79	
103	014500	CAFFARO S.R.L.	196.988,84	196.145,15	634,38	
103	014800	ST. ORT. F.K.T. SEBASTICO SNC	149.528,12	148.973,55	1.399,25	
103	015000	CAFFARO F.K.T. SRL	329.882,21	328.402,96	363,54	
103	015100	AMB. SPEC. CARAVAGGIO SRL	62.118,81	61.847,27	602,15	
103	015300	LAB. AN.CL. OSTIENSE SRL	141.915,71	141.312,56	1.399,25	
103	015500	S.D.C. BOMPIANI S.R.L.	264.401,34	263.279,48	1.121,85	

Handwritten mark

Allegata "....." A DECRETO N. 400348/2012

C=(B-C)

B

A

Denominazione struttura		Budget 2012 DIPCA 0 00992012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
103 015808	FISIOSEMERIA S.R.L.	366.297,83	364.743,63	1.554,20
103 015908	ALEMARIMM. DIAG. SRL	228.514,70	227.545,11	969,59
103 016008	INAMUR S.R.L.	2.271.141,87	2.261.704,56	9.437,30
103 016108	RADNOLOGIA CAVALCANTI	57.464,47	57.220,65	243,82
103 016208	GELLENIMASSIMO	24.124,08	24.121,30	2,78
103 016308	FISHO. CAST. SRL	50.578,49	50.363,98	214,50
103 017008	POLISPECIALISTICA CAVE SRL	419.572,81	417.792,56	1.780,25
103 017108	CEDELAB SRL	342.915,84	341.985,06	930,78
103 017308	L.A.O. S.R.L.	795.015,15	791.641,90	3.373,25
103 017508	POLIAMBULATORIO ST. DIAGNOSTICO AMELIA	316.306,24	315.388,46	917,79
103 017608	STUDIO RAD. MESSANA SRL	58.334,63	58.087,11	247,51
103 017708	PRAXIMEDICA S.R.L.	289.287,50	288.060,35	1.227,15
103 018008	BIKROMA SRL	107.730,83	107.273,73	457,10
103 018108	RAD. DIAG. CLINICA SRL	986.926,74	981.733,45	5.193,29
103 018208	FISIOKINESITERAPIA S.R.L.	159.983,94	159.205,56	778,39
103 018308	MEDICAL ACTA SRL	305.396,02	304.526,51	869,51
103 018408	RAD. BIOPALLEVI SRL	307.083,74	305.780,62	1.303,12
103 018508	AN. CL. PRENESTE S.R.L.	38.453,94	38.308,74	145,20
103 018608	C.D.C. S. LUCA S.R.L.	1.439.974,91	1.424.980,70	14.994,21
103 018708	STUDIO MEDICO DIAGNOSTICO ANGLONA SRL	105.216,78	102.778,83	2.437,95
103 018808	STUDIO MEDICO DIAGNOSTICO ANGLONA SRL	438.566,99	436.706,15	1.860,84
103 018908	AN. CL. MALATESTA SAS	228.539,24	227.569,55	969,69
103 019008	VELBI RADIOLOGICA SRL	57.757,87	57.492,89	264,98
103 019108	EMATO LAB SNC	183.620,71	184.833,71	-1.212,99
103 019208	CASILINO LAB. SRL	50.667,71	49.855,17	812,54
103 019308	ANALISI CLINICHE BIOTEST TUSCOLO S.R.L.	146.589,20	145.967,22	621,98
103 019408	LAB. ANALISI DI NATALINI RICCARDO	39.673,63	39.585,30	88,33
103 019508	CHEA LAB. AN. CLIN. SRL	31.119,56	30.967,52	152,04
103 019608	CHEA LAB. AN. CLIN. SRL	11.246,49	11.071,48	175,01
103 019708	CER. LAB. SRL	153.936,83	153.914,38	22,45
103 019808	E.K.T. CORRIANO SRL	9.306,13	9.266,64	39,49
103 019908	C.D.C. NUOVA CLINICA LATINA	76.487,56	76.163,92	323,64
103 020008	C.D.C. VILLA ANNA MARIA SRL	758.692,08	755.473,94	3.218,13
103 020108	ST. MED. SP. COLOMBO SRL			

20

Allegato "....." al D.P.A. N. 000248/2012

C. (B-C)

B

A

	Denom. Iniziativa struttura	Budget 2012 DPCA U. 008828012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
103	023180 EMIL 3000	299.340,16	299.830,23	1.269,93
103	023360 STUDIO FISIOTERAPICO MORGAGNI S.R.L.	204.031,20	203.165,59	865,70
103	023504 LA BORATORIO DI MEDICINA NUCLEARE MEDICAL RES	99.660,21	99.237,35	422,86
103	024000 STUDIO RADIONEO 216 S.R.L.	31.761,35	31.626,58	134,76
104	010100 DR. CRUDICE ANDREA	78.512,09	78.178,96	333,13
104	010301 FISCITE SOLEMAR	238.359,65	237.348,29	1.011,36
104	010401 STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO "CASALPALCO	271.161,29	270.910,76	1.150,54
104	010701 CRS ANALISI S.R.L.	298.082,01	298.910,74	1.691,27
104	010801 AXALAB S.R.L.	40.139,43	40.237,97	1.901,46
104	010901 STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO "CASALPALCO	380.969,52	393.692,31	1.277,03
104	011001 ECORAD S.R.L.	25.777,78	25.668,40	109,38
104	011101 FISIOMARE S.R.L.	216.194,43	215.277,11	917,31
104	011201 STUDIO ODONTIATRICO DEL LEDO S.R.L.	34.858,65	34.710,75	147,91
104	011301 STUDIO DI RADIOLOGIA E DI ROENTGENTERAPIA LABO	641.255,02	638.914,26	2.720,76
104	011302 CENTRO FISIOTERAPICO LABO DI OSTIA S.R.L.	184.932,89	184.147,43	784,67
104	011401 DR. GIUYA LEANDRO	75.915,38	75.593,86	321,51
104	011501 DIAGNOSTICA S.R.L.	308.853,76	306.746,63	2.107,07
104	011601 MARILAB S.R.L. (OSTIA)	495.678,34	493.575,17	2.103,16
104	011602 MARILAB S.R.L.	30.960,94	30.829,57	131,37
104	011701 MARILAB S.R.L. (ACILIA)	501.419,88	499.292,35	2.127,52
104	011801 RE-CORD S.R.L.	67.910,69	67.612,55	298,15
104	011901 VILLA DEL LEDO S.R.L.	426.205,21	424.396,52	1.808,69
104	012001 CENTRO GENIATRICO ROMANO S.P.A.	115.042,82	114.554,63	488,19
104	012001 ISTITUTO ANALISI CLINICHE I.A.C. S.R.L.	241.421,51	240.297,16	1.024,35
104	012001 CENTRO DIAGNOSTICA "LEDO" S.R.L.	199.879,40	199.831,40	48,00
104	012001 MARILAB S.R.L. (FUSCINO)	251.918,62	250.889,73	1.028,89
104	012501 STUDIO RADIOLOGICO DR. DI STEFANO A.S.N.C	98.561,87	98.541,98	19,89
104	012802 LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR.GIORDANIE DR.	271.262,14	270.111,18	1.150,97
104	012901 GABINETTO FISIOTERAPICO RIFI S.A.S.	64.014,22	63.743,11	271,10
104	013001 RADIOLOGIA FUSCINO S.R.L.	64.130,25	63.838,15	292,10
104	013001 ISTITUTO FKT S.R.L.	46.598,35	46.408,64	191,71
104	013000 FISCROMA S.A.S.	262.527,94	261.414,03	1.113,91

DL

Allegato "A" al Bilancio 2012

C = (B-C)

B

A

Descrizione strutturs		Budget 2012 DPCA D 066929012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
104	TIAP S.R.L.	101.511,33	101.080,62	-430,71
104	VILLA SANDRA	391.520,30	389.859,08	1.661,22
104	RAFONI G.L.P.A.C. S.R.L.	40.559,74	40.387,65	172,09
104	RICERCHE CLINICHE CLODIO PATOLOGIA CLINICA S.R.L.	117.514,83	111.838,27	476,55
104	RICERCHE CLINICHE CLODIO PSICHIATRIE TERAP.	177.266,32	176.514,17	752,14
104	RICERCHE CLINICHE RAFONI S.R.L.	29.760,69	29.634,82	125,87
104	SANTA BONURA S.N.C.	277.384,95	276.725,80	659,15
104	GREBA S.R.L. (TORRINPIETRA)	93.855,92	93.857,69	-173,77
104	ORICOLAB S.A.S.	238.276,42	229.299,35	9.977,06
104	LABORATORIO ANALISE CLINICHE ESCULAPIO S.R.L.	135.579,96	136.300,15	-720,19
104	STUDIO DIAGNOSTICO IMPRINETTA S.R.L. (S.D.I.)	119.776,70	119.258,49	518,21
104	ANALISI CLINICHE PROSPERO COLONNA S.R.L.	271.446,68	270.294,93	1.151,75
104	ANALISI CLINICHE PORTUENSE S.R.L.	362.293,86	360.756,64	1.537,21
104	FLA.S.R.L.	59.712,95	59.459,57	253,36
104	CLINICALIA S.R.L.	98.101,46	97.685,32	416,14
104	LABORATORIO GIANCOLENSE S.R.L.	126.588,33	126.061,17	527,16
104	ACREDIT 2003 S.R.L.	239.974,91	228.993,99	110.980,92
104	ANALYSYS 1980 S.R.L.	578.171,55	567.752,31	2.419,24
104	ASKLEPION	700.578,65	687.508,12	2.972,52
104	C.C.CITTA' DI ROMA	1.121.763,86	1.117.999,97	4.763,89
104	PIZZO E SALVAFORI SNC	488.818,84	409.084,22	79.734,62
104	CENTRO MEDICO FISIOKINESIOTERAPICO S.R.L.	217.425,83	216.505,48	920,35
104	ISTITUTO FISIOKINESIOTERAPICO ORVELLA MARCUCCI	409.266,84	407.550,32	355,52
104	LABORATORIO DIAGNOSTICO BRAVETTA S.A.S.	130.995,81	130.440,00	555,81
104	LABORATORIO MONTEVERDE VECCHIO S.R.L.	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 VECCHIO S.R.L.	216.413,29	215.495,05	918,24
104	LABANALISI 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	13.181,87	56,17
105	RADIONMEDICAL	1.192.946,65	1.187.894,98	5.051,67
105	ARS MEDICA	158.759,28	158.685,66	73,62
105	LAB. A. CLINICHE CESANO S.R.L.	129.589,94	129.039,19	549,85
105	RADIOLOGICA ROMANA	205.979,95	205.105,98	873,97
105	LAB. BALDINI	122.251,96	121.736,24	515,72
105	SOC. GAMMA SRL			

AN

Allegato n. 1 al DECRETO N. 600348/2012

C=(B-C)

B

A

Denominazione struttura		Budget 2012 DPCA V 0489/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
105	003008 VALLEBONA	176.356,06	175.588,21	767,85
105	003100 CULSTERERI	162.114,87	161.421,02	693,85
105	003408 SOC. JC+A DI FISIOTERAPIA	161.128,96	160.456,29	682,67
105	003608 ST. RADIOLOGICO GIACCARI	59.392,02	59.178,20	213,81
105	003708 ST. RADIOLOGICO MONTE MARIO SRL	58.751,56	58.502,27	249,29
105	003808 BIOLAB SRL	202.961,87	203.094,46	362,41
105	003908 GOOD LIVING SRL	39.380,65	39.213,56	167,09
105	004408 NUOVA VILLA CLAUDIA	207.290,45	206.410,91	879,55
105	004508 SAN VALENTINO	269,12	267,98	1,14
105	005500 SOC FKI FONTE MELVIO	331.614,19	330.207,15	1.407,04
105	005600 LABORATORIO ANALISI BASSI	55.919,37	55.671,15	248,22
105	005800 VISCONTI SRL	28.398,03	28.269,58	128,46
105	007000 S. GIUSEPPE	217.690,56	216.766,98	923,58
105	007900 U.S.I.	1.042.785,73	1.041.256,07	1.529,66
105	201500 ST. MED. FKI AEMME SRL	135.949,48	135.372,65	576,83
105	201600 STATIC CHIROPRAUTICA SRL	1.030.386,92	1.026.814,39	3.572,53
105	202000 DST. FISIOTRAFICO	143.986,05	143.277,11	708,94
105	202300 A.I.M.L.	142.102,93	141.499,99	602,94
105	202500 DIAGNOSTICA MEDICA	50.215,98	50.802,91	213,07
105	204100 MONTERCHI SRL	71.544,48	71.248,91	295,57
105	204200 PA.PI.	19.168,38	19.987,05	818,67
105	204900 CABINETTO RADIOLOGICO CAMILIANO	29.137,10	29.013,47	123,63
105	205200 SANTA FAMIGLIA	7.077,69	7.047,56	30,13
105	205600 S. RITA DA CASCIA	3.123,24	3.109,99	13,25
105	301000 VILLA AUROSA	19.380,49	19.796,14	415,65
105	301100 INDEIRA SIGWORA S. CUORE	198.530,38	198.069,89	460,49
105	301200 S. FELICIANO	84.822,61	84.462,76	359,85
105	301308 ANCELLE BUON PASTORE	16.417,81	16.148,15	269,67
105	301500 LAB. ANALISI CL. INGHIRAMI	69.494,56	69.199,69	294,87
105	301900 DATA MEDICA	136.584,81	136.005,18	579,63
105	302208 LAB. AURELIA RADIOLOGICA S.R.L.	60.742,91	60.483,18	259,73
105	302400 DYNAMIC FKI	126.816,31	125.301,54	514,77
105	303300 E.R.L.S.S.	279.934,17	278.746,41	1.187,76
105	303400 LABORATORIO ANALISI CLIN. EUREKA S.R.L.	58.638,68	58.399,84	238,85

Handwritten signature

Allegato "....." al DECRETO N. 400/2012/1012

C = (B-C)

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 BPCA U 0689/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 1-f	Differenza	
105	303500	PIETRAVALLE A. SRL	30.884,15	80.347,00	342,34
105	303600	FISIONED DI GIACOMO	776.897,66	773.601,29	3.296,38
105	304500	ANALISI CLIN. CIMATTI	96.523,40	94.113,85	409,55
105	305200	LAB. AURELIA SRL	547.564,95	545.341,23	2.323,74
105	305500	FISIOTERAPICO DI FED	77.235,10	76.907,39	327,71
105	305800	VILLA CHIARA	246.589,85	245.394,58	1.045,35
105	306100	LAB. OLGIATA DR. PEDRETTI	319.582,96	318.671,19	931,78
105	306200	VELIA SRL	43.394,63	43.399,71	184,93
105	306300	COSTANZO MARCELLO	55.483,38	55.347,96	235,42
105	306400	FISIOPRATI	57.869,91	57.624,37	245,54
105	306500	CLEM FISIOT. E COSMETOF-	113.319,59	112.838,78	480,82
105	631400	DE SANCTIS MONALDI S.R.L.	94.754,13	74.436,93	317,18
106	101100	CLINICA SELIGATO	166.077,86	165.392,33	704,75
106	101300	LABORATORIO SAN GIORGIO	30.365,02	30.236,18	128,84
106	101400	CENTRO DIAGNOSTICO BUONARROTI	608.313,74	606.732,66	2.581,08
106	101500	SALUS CIVITAVECCHIA	120.436,55	119.527,24	909,32
106	102000	C.D. RIVIERA	175.831,91	175.085,86	746,05
106	108400	AMBULATORIO DR. CROCCIANI	18.376,47	18.298,50	77,97
106	203100	SALUS LADISPOLI	495.146,45	493.845,54	606,43
106	203200	BIDMEDICA	142.925,31	142.319,88	162,27
106	203600	SOC. MANTI MED	24.103,80	24.069,73	460,51
106	303700	IRUMED	110.635,64	110.186,13	576,68
106	303800	LAB. ANALISI LANNAACCONE	136.913,76	135.337,10	231,12
106	304700	STUDIO RADIODIAGNOSTICO S.R.L.	54.479,05	54.238,93	240,12
106	304800	C.D. SARATINO	310.361,57	299.469,88	892,57
106	304900	LAB. ANALISI PRACTILIA	125.324,23	124.791,47	531,75
106	405300	S.R. FASANELLI	42.241,91	42.660,13	685,55
106	405301	RES MEDICA	154.509,86	153.245,31	373,32
106	506500	LAB.SALVATORI	87.983,91	87.610,59	304,02
106	506800	L.A. MANZONI	79.718,26	70.410,33	271,57
106	506900	MEDICAL FISIOLAB	64.005,28	63.133,80	175,79
106	506901	G.C.R. VITA	41.431,61	41.285,82	145,79
106	507000	SOC. IDAC	201.719,31	200.863,41	855,90
106	507200	G. GALLI	261.342,75	260.134,30	1.108,45
106	507300	S.D. TIBERINO	108.871,35	108.409,41	461,94

20

Allegato 000 348 / 2012

C = (B-C)

		A		B		Differenza
Beneficiaria		Budget 2012	Budget 2012	Budget 2012	Budget 2012	
		DPCA N. 0089/2012	L. 155/2012 art. 15 c. 14	L. 155/2012 art. 15 c. 14		
106	SCOFFE	17.732,42	17.732,42	17.732,42	17.732,42	75,28
107	VILLA DANIE	1.152.356,73	1.152.356,73	1.152.356,73	1.152.356,73	4.889,45
107	LABOR. RICERCHE DIAGN. FLEMING S.R.L.	285.443,82	285.443,82	285.443,82	285.443,82	1.311,13
107	LABORATORIO CLINICO NOMELEANO	234.059,48	234.059,48	234.059,48	234.059,48	993,11
107	LABORATORIO LA SANITAS	123.291,40	123.291,40	123.291,40	123.291,40	525,35
107	LABORATORIO LA SANITAS	807.967,26	807.967,26	804.559,05	804.559,05	3.408,21
107	LINEA MEDICA S.R.L.	98.308,76	98.308,76	97.882,67	97.882,67	427,09
107	DIAGNOSI, ANALISI E TERAPIA PASTEUR	364.283,93	364.283,93	362.738,27	362.738,27	1.545,66
107	ANALISI CLINICHE IPOCRATE S.R.L.	808.263,89	808.263,89	804.834,42	804.834,42	3.429,46
107	LABORATORIO ANALISI GUIDONIA	110.265,30	110.265,30	109.797,34	109.797,34	467,96
107	LABORATORIO ANALISI HUGH O'HEER S.R.L.	2.630.768,31	2.630.768,31	2.612.100,61	2.612.100,61	11.667,70
107	STUDIO MEDICO POLISPEC-VILLANOVA S.R.L.	364.545,81	364.545,81	363.088,62	363.088,62	1.547,19
107	LABORATORIO ANALISI VILLANOVA S.R.L.	122.451,20	122.451,20	121.932,24	121.932,24	519,56
107	STUDIO RADIOLOGICO GUIDONIA S.R.L.	11.345,49	11.345,49	11.795,23	11.795,23	50,26
107	ITALIAN HOSPITAL GROUP	130.605,55	130.605,55	130.851,40	130.851,40	54,16
107	LABANSALUBRIS MONTELIBRETTI	173.493,15	173.493,15	172.757,02	172.757,02	736,13
107	LABORATORIO ANALISI CLINICHE SALUS	72.736,90	72.736,90	72.428,73	72.428,73	308,53
107	LAB. ANALISI CLINICHE CROCCI S.R.L.	287.298,96	287.298,96	286.079,95	286.079,95	1.219,81
107	LAB. ANALISI CLINICHE SANTA CROCE	652.484,34	652.484,34	649.691,95	649.691,95	2.792,39
107	LAB. ANALISI CLINICHE SANTA CROCE	1.468.565,96	1.468.565,96	1.462.334,83	1.462.334,83	6.231,13
107	CENTRO TERAP. FISICA E GINN. MEDICA - TRIESTE	129.392,02	129.392,02	128.849,01	128.849,01	543,01
107	CENTRO TERAP. FISICA E GINN. MEDICA - TRIESTE	117.861,15	117.861,15	116.564,46	116.564,46	1.296,69
107	ANALISI CLINICHE VILLA ABRILIANA S.R.L.	229.800,07	229.800,07	228.835,02	228.835,02	965,04
107	LABORATORIO ANALISI TIBURTINO VALERIO	257.298,67	257.298,67	251.228,78	251.228,78	6.069,89
107	LABORATORIO ANALISI TIBURTINO VALERIO	593.786,59	593.786,59	596.245,94	596.245,94	2.458,35
107	LAB. ANALISI SAN CESAREO S.R.L.	184.873,66	184.873,66	184.839,46	184.839,46	34,20
107	SANITAS 2002	63.266,45	63.266,45	62.998,01	62.998,01	268,44
107	EUROMEDICAL SRL	917.759,16	917.759,16	913.369,11	913.369,11	4.390,05
107	CENTRO MEDICO FILIPPI S.R.L.	381.448,57	381.448,57	380.169,55	380.169,55	1.279,02
107	CENTRO MEDICO S. GIORGIO S.R.L.	72.561,29	72.561,29	72.253,41	72.253,41	307,88
107	STUDIO MEDICO ANALISI CLINICHE SRL	12.304,06	12.304,06	12.251,86	12.251,86	52,20
107	PLACENSIS ANALISI CLINICHE SRL	306.244,44	306.244,44	304.945,04	304.945,04	1.299,40
108	CENTRO RADIOLOGICO PROF. E. GIANCOTTI	274.805,11	274.805,11	272.852,47	272.852,47	1.952,64
108	SAN RAFFAELE ROCCA DI PARA	100.349,53	100.349,53	100.421,42	100.421,42	477,90
108	PSIOKINESITERAPIA BEAUTY SHOP S.R.L.	217.447,85	217.447,85	216.575,22	216.575,22	872,63
108	STUDIO MEDICO RISORSEMENTO SRL					
108	STUDIO MEDICO RISORSEMENTO SRL					
108	DIAGNOSTICA GAMBIA S.R.L.					
108	CORILAB S.R.L.					

21

Allegato n. 100348/2012

C=(B-C)

B

A

	Denominazione struttura	Budget 2012 DFCA U 008892012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
108	640638 I.N.I.	802.980,84	799.623,37	3.357,47
108	640830 LABORATORIO CASSELLA SRL	212.987,86	212.084,17	903,71
108	641050 C.DI CURA MADONNA DELLE GRAZIE	1.395.704,54	1.398.778,32	3.073,78
108	641130 C.E.FI. CENTRO FISIOTERAPICO S.R.L.	17.486,38	17.372,85	74,93
108	641210 ORTOCHINESIS SRL	141.204,73	140.685,60	599,13
108	641210 CLINICA VILLA NINA S.R.L.	99.286,24	98.864,97	421,27
108	641390 CENTRO RICERCHE CLINICHE SRL	487.743,25	485.673,66	2.069,49
108	641540 C.BI CURA S. ANNA SRL	415.757,57	413.987,54	1.764,03
108	641620 C.BI CURA S. ANNA SRL	108.966,11	108.585,76	380,35
108	641700 ST.MED.SPEC.DIAGNOSTICO POMEI S.R.L.	171.844,91	171.155,60	729,31
108	641960 RICERCHE BIOLOGICHE DELLAYALLE	711.940,49	708.919,73	3.020,76
108	642040 POLIGEST S.P.A. VILLA D'QUERCE	493.153,53	491.473,12	1.718,71
108	642200 CANTHANIUM LABAC S.R.L.	84.161,96	85.796,40	365,59
108	642460 SALUS SRL	300.163,82	298.890,23	1.273,60
108	642530 CENTRO ANALISI SEMLO S.R.L.	102.131,32	101.697,97	433,34
108	642610 TIRENO SRL	649.736,15	646.969,36	2.766,79
108	642750 MERINVEST SRL VILLA DEI PINI	691.591,98	688.657,55	2.934,42
108	642950 C.O.F. LANZO HOSPITAL S.P.A.	186.297,84	185.846,82	451,02
108	646910 IULAB SRL	128.589,24	128.043,64	545,60
108	652680 CENTRO ANALISI CLINICHE MORENA	196.472,73	195.645,07	827,66
108	654170 LABORATORIO BUGLIOSI GUIDO SRL	42.991,41	42.809,08	182,41
108	662130 DIAMANTI SRL	137.039,19	136.457,74	581,46
108	664150 DI.PI. SRL	57.689,48	57.444,70	244,78
108	665300 RADIOMEDICA SRL	585.959,68	583.503,33	2.456,35
108	666390 KINESITERAPICO POMEZIA SRL	101.611,01	101.179,83	431,14
108	668450 MEDILAB SRL	61.017,87	60.758,97	258,90
108	668600 STUDIO RADIOLOGICO CATARINACCI	84.658,53	84.309,53	359,25
109	081300 IST.FLEHENG DI VALENTANO	119.938,16	119.479,05	509,11
109	005260 ANALISI CLIN.DR.MANZI	167.030,61	166.331,90	708,71
109	081800 ANALISTA DR.VILINI	91.201,50	90.814,53	386,97
109	018480 EMATOLOGICO VITERBESE	187.407,53	186.612,16	795,17
109	056200 I.L.A.S. RAUSTINO	134.762,86	133.936,48	826,38
109	062108 STUDIO PROF.CALAMITA	96.922,40	96.511,16	411,24
109	063700 RADIOLOGICO QUADRANI	44.976,55	44.785,71	190,84
109	121100 RADIOLOGICO CIARPAGLINI	217.067,64	216.146,62	921,02
109	121100 CASA DI CURA VILLA ROSA			

22

Allegato "A" al Decreto N. 200348/2012

C=(B-C)

	A	B	C
	Budget 2012 DFCA U 0089/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
109	195.726,15	194.895,79	830,47
109	153.074,61	152.421,13	649,48
109	219.393,30	218.661,56	731,73
109	159.304,80	159.356,29	678,60
109	177.846,06	176.294,85	751,21
109	139.801,52	139.851,62	50,90
109	345.885,68	344.418,00	1.467,59
109	91.629,47	91.236,45	393,03
110	91.523,11	91.134,77	388,33
110	434.250,30	432.407,78	1.842,52
110	55.964,37	55.726,91	237,46
110	284.611,66	282.561,62	1.258,94
110	153.853,76	153.218,91	634,84
110	18.328,84	18.363,90	65,04
110	60.985,99	60.227,23	758,76
110	53.319,64	53.093,41	226,24
110	406.546,26	404.818,38	1.727,88
110	282.659,48	281.460,15	1.199,32
111	91.332,55	91.949,79	391,77
111	137.976,62	137.453,61	523,00
111	191.966,56	191.892,30	74,26
111	140.512,17	139.915,08	596,19
111	338.222,21	336.787,13	1.435,08
111	287.022,59	286.144,19	878,40
111	58.243,28	58.000,10	243,18
111	50.066,59	51.841,42	1.774,83
111	289.546,35	288.317,78	1.228,55
111	282.874,64	281.674,41	1.200,24
111	30.346,52	30.257,59	88,93
111	38.412,80	38.249,82	162,99
111	138.365,96	137.778,88	587,09
111	311.534,18	310.212,34	1.321,84
111	262.896,39	261.789,82	1.106,57
111	565.688,74	563.308,86	2.379,88
111	305.557,82	305.257,49	300,33

Denominazione struttura

121200 CASA DI CURA SALUS
 121400 CASA DI C.S. TERESA DEL B.
 121400 VILLA S.MARGHERITA MONT.
 121400 LAB. ANAL. ETRURIA-TARQ.
 121400 LAB. CHECK-UP MONTALTO
 121400 LAB. SABIN
 109 LABORATORIO ANALISI IGEA
 110 LABORATORIO ANALISI SALUS
 110 LABORATORIO RADIOLOGICO LUTEMADUE
 110 STUDIO RADIOLOGICO S.L.A.S.
 110 STUDIO FISIOTERAPICO S.L.A.S.
 110 LABORATORIO ANALISI SANNA
 110 LABORATORIO ANALISI O BROS
 110 LABORATORIO ANALISI SABINO
 110 LABORATORIO ANALISI S. VALENTINO
 110 STUDIO FISIOTERAPICO S. VALENTINO
 110 LABORATORIO ANALISI S.A. FILM
 110 LABORATORIO ANALISI SANASTASIA
 110 CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA
 111 EL. K.A. LAB. SRL
 111 VILLA SILVANA S.P.A.
 111 CENTRO SA.NA. SERVIZI SANITARI PRIVATI S.R.L.
 111 CENTRO MOLOGGIO PASTEUR SH
 111 SAN ROCCO SRL
 111 CER. TEL. - GALENO SRL
 111 C. MAG. MEDICO A. FLEMING
 111 DR. DI RUSSO ALFONSO
 111 LABORATORIO GALENO SRL
 111 CASA DEL SOLE CL. POL. T. COSTA
 111 BERMES SRL C. DIAG. MEDICO
 111 BR. SSA CICCIGNARDI-MINUTELLO M.R.
 111 LAB. ANALISI PARS MEDICA SRL
 111 MAHIE E PIERRE CURE S.R.L.
 111 SOC. SEB. H. ARD DI FERONI FLORA
 111 STATICI DI LATINA S.R.L.
 111 G.I.O.M.I. SPA ICDI LATINA
 111 MEDICAL PONTENO SRL

202

Allegato "A" al DECRETO N. 400/2012

C=(B-C)

Budget 2012
L. 135/2012 art. 15 c. 14

Budget 2012
DFCA U 0089/2012

	Denominazione struttura	Budget 2012 DFCA U 0089/2012	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
111	112639	684.266,55	691.310,77	2.944,77
111	112639	186.423,68	185.632,68	791,00
111	112639	704.386,55	701.297,83	2.988,71
111	112639	186.115,25	185.665,30	450,25
111	112639	165.240,48	164.818,49	702,39
111	112639	198.443,92	197.681,03	841,99
111	112639	172.381,54	171.659,12	731,41
111	112639	415.109,52	413.248,21	1.761,31
111	114530	24.026,49	23.924,54	101,94
111	114530	274.648,48	273.493,15	1.165,33
111	140660	104.810,51	104.365,80	444,71
111	141060	46.728,33	46.032,08	696,15
111	170149	155.541,85	155.877,64	-335,79
111	190749	100.811,40	100.383,66	427,74
111	200130	61.877,44	61.614,89	262,55
111	200130	79.151,37	78.815,53	335,84
111	200250	187.048,74	186.255,09	793,65
111	270250	144.249,99	143.537,93	712,06
111	280140	585.784,24	583.298,76	2.485,48
111	320140	153.690,74	153.808,63	-117,89
111	320140	132.266,06	131.704,85	561,20
111	320140	149.191,37	148.468,73	722,64
111	321020	323.361,53	321.989,91	1.371,62
111	321650	63.460,49	63.182,75	277,75
111	321650	376.744,16	375.145,63	1.598,53
112	500489	505.349,88	503.105,31	2.244,57
112	500100	385.337,68	383.692,74	1.644,95
112	501007	168.348,73	167.633,98	714,75
112	501304	38.672,39	38.448,45	223,94
112	501407	132.697,67	132.134,65	563,04
112	501610	140.842,17	139.447,27	1.394,90
112	502101	297.159,14	295.898,29	1.260,85
112	502304	209.633,01	208.743,54	889,47
112	502407	119.816,07	119.357,61	458,46
112	502501	116.483,66	115.989,42	494,24
112	503109			

BN

Allegato "....." al DECRETO N. 30035/2012

C= (B-C)

		A	B	C
		Budget 2012 DPS-CA U 003892812	Budget 2012 L. 135/2012 art. 15 c. 14	Differenza
	Deanontiazione struttura			
112	503489 SOCIETA' DELTA MEDICAL SRL - FERENTINO	88.454,75	88.079,43	375,31
112	503410 LAB. CHIMICO DEL CASSINATE SRL	93.109,92	92.713,96	395,96
112	504007 CASA DI CURA VILLA GIOIA SRL - SORA	92.562,49	92.212,09	350,41
112	504303 STUDIO MEDICO FERENTINO SRL - FERENTINO	119.346,55	118.890,33	456,22
112	504494 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA S.R.L.	156.537,25	155.972,64	564,61
112	504503 LAB. AN. CLIN. POLYMEDIC SNC - FERENTINO	76.531,24	76.207,52	323,73
112	505005 LAB. AN. CLIN. POLYMEDIC SNC - FERENTINO	98.311,67	97.304,54	1.007,13
112	505483 LAB. ANALISI CLINICHE S.M.S. SRL - SORFINO	243.241,88	242.209,88	1.032,00
112	505510 CENTRO ORU. FISIOTERAPICO SAS - CASSINO	162.126,44	161.438,54	687,90
112	505910 CENTRO RAD. GEA S. ANTONIO SRL - CASSINO	187.688,59	186.884,26	794,33
112	506287 LAB. ANALISI CLINICHE DAVID SNC - SORA	210.063,60	209.172,39	891,21
112	506309 LAB. ANALISI CLINICHE FOLESE SNC - ROCCASECCA	34.431,53	34.286,44	145,09
112	506404 LABORATORIO ARES MEDICA LAM SRL - PROSINONE	269.284,63	269.062,39	222,24
112	506605 LAB. AN. CL. MENICHELLI OTTAVIA SRL - CECCANO	255.301,51	254.218,27	1.083,24
112	506788 LAB. DIAGN. CO VAL. COMENO SRL - ATINA	82.263,50	82.020,89	242,61
112	506809 FRA. SILEMA S.R.L. - PONTECORVO	56.115,61	55.877,51	238,10
	Totale privati e regolatori di prestazioni a carico del SSR	123.399.166,72	122.875.584,06	523.582,66

Allegato Budget 2012 Specialistica L. 135/2012 art. 15 c. 14

A		B		C = (B-C)
Budget 2012		Budget 2012		Differenza
DPCA U 0089/2012		L. 135/2012 art. 15 c. 14		
Denominazione struttura				
61004	VILLA TIBERIA	2.010.308,50	2.004.778,76	5.529,74
62004	VILLA VALERIA POLIAMBULAT.	599.344,24	597.199,51	2.144,71
70302	BIETA MEDICA	944.186,98	940.188,88	4.006,10
61300	SOC.DI.OLONCHI (NUOVA.ITOE)	947.853,16	943.831,42	4.021,74
61700	CASA DI CURA GUARNIERI SPA	195.775,12	194.544,45	1.230,67
61706	C.D.C. N.C. ANNUZZIATELLA SRL	21.701,77	21.619,68	82,09
81908	C.D.C. S. LUCA S.R.L.	1.195.911,12	1.190.837,86	5.073,26
02200	C.D.C. NUOVA CLINICA LATINA	64.752,01	64.477,27	274,74
02200	CASA DI CURA ADDOMINALE EUR	1.570.014,40	1.563.352,23	6.662,17
02200	CASA DI CURA "CONCORDIA HOSPITAL"	411.060,85	409.256,97	1.803,88
02200	CASA DI CURA "CONCORDIA HOSPITAL"	1.228.898,97	1.219.441,75	9.457,22
02700	C.D.C. FABIA MAJER	1.568.402,62	1.561.747,93	6.654,73
62700	C.C. CITTA' DI ROMA	38.735,75	38.571,40	164,36
62800	PANORAMICA VILLA PIA S.R.L.	22.831,17	22.734,29	96,87
62800	NEOVA VILLA CLAUDIA	41.155,34	40.980,72	174,62
90400	VILLA AURORA	445.488,98	443.598,77	1.890,21
12082	S. FELICIANO	101.915,55	101.483,13	432,42
301200	CLINICA SILIGATO	722.327,99	719.261,26	3.066,73
101160	AMBULATORIO DR. CROCCHEANTI	72.837,20	71.943,70	893,50
109400	LEVI	115.071,43	114.583,18	488,25
64050	C.DI CURA MADONNA DELLE GRAZIE	1.640.214,59	1.633.255,16	6.959,43
64050	C.DI CURA S. ANNA SRL	740.731,66	737.589,73	3.141,92
641620	CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA	102.781,66	102.348,56	433,10
010810	CASA DEL SOLE CL.POL.T.COSTA	715.257,41	712.222,58	3.034,84
081560	GLI.O.M.I. SPA ICOT LATINA	387.251,79	385.989,68	1.262,11
112430	CLINICHE MODERNE SRL	408.249,79	406.517,59	1.732,20
112630	CASA DI CURA S.TERESA SAS - ISOLA DEL LIBRO	244.199,34	243.163,20	1.036,14
502407	CASA DI CURA S.ANNA S.R.L. - CASSINO	648.416,71	645.665,47	2.751,23
503010	CASA DI CURA VILLA GIOIA SRL - SORA	106.559,84	105.908,55	651,28
504007	TOTALE	18.261.577,04	18.184.093,17	77.483,87

Qualifica, INCCS Firenze, Poliziotti Universitari non Salati

	Denominazione Struttura	SPECIALISTICA				Bilancio
		A	B	C	D	
		Budget 2012 DP/CA E 0888/2012	BUDGET L. 135 ART. 15 C. 14	Budget 2012 DP/CA V 0889/2012	BUDGET L. 135 ART. 15 C.14	Differenza
101	600601	17238895,64	17155398,19	2000095,67	1991505,44	81.596,67
102	031300	6309785,97	6282964,66	60905,62	6064720	21000,65
103	100300	10.900.156,62	10.883.907,26	3.180.141,04	1.306.223,40	40.167,80
104	100300	3.896.282,32	3.879.758,39	596.876,50	596.377,90	19.000,51
105	000300	5.458.852,29	5.446.647,95	1.547.659,44	1.541.092,72	29.771,06
106	000300	2.311.204,43	2.301.478,05	218.301,28	2.175.073,12	19.074,91
107	300300	3.219.405,80	3.205.743,97	4000.297,03	4002.984,33	191.152,05
108	600300	40.970.868,07	40.797.002,68	-	-	9.246,25
109	120307	2.178.177,88	2.160.931,63	-	-	29.695,39
110	013000	9.355.486,60	9.315.791,37	-	-	5.450,46
111	301408	1.284.577,41	1.279.126,99	2.870.728,55	2.861.902,45	60.808,91
112	401700	12.782.064,75	12.729.952,92	18.813.945,14	18.746.846,57	558.771,81
113	401700	115.407.788,07	114.994.112,62	-	-	-
Totale						

Handwritten mark



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, 06/09/2012

Direttori Generali
ASL del Lazio

Direttore Generale
ASP - Lazio Sanità

Associazioni
AIOP
ARIS
ANISAP
Confindustria
Confsalute
Den 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 accordiomissis.....".

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. Emlidio Di Virgilio)



Il Direttore Regionale
(Prof. Ferdinando Romano)

