

**Decreto del Commissario ad acta**  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**DECRETO n.**

**Oggetto: Rettifica Decreto commissariale n. U00265 del 1 settembre 2014.**

**VISTI per quanto riguarda i poteri**

- la Legge Costituzionale n. 3/2001;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “*Nuovo Statuto della Regione Lazio*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la L.R. 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, con cui il Dott. Giovanni Bissoni è stato nominato sub commissario nell’attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- le determinazioni dirigenziali G18165 del 16 dicembre 2014, G18460 del 19.12.2014 e G18882 del 23 dicembre 2014;

**VISTI per quanto riguarda il Piano di Rientro**

- l’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: “*Approvazione del "Piano di Rientro.."*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presca d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio....Approvazione del "Piano di Rientro"*”;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- i programmi operativi approvati con Decreto del Commissario *ad acta* n. U00247 del 25 luglio 2014;

**VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”, ed in particolare:**

- l’art. 8 *quater*, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., secondo il quale “*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 all’articolo 8-quinquies...*”
- l’art. 8 *quinquies*, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., 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 indichino, tra l'altro "...il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria 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, c. 2 lettera d);

- quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, D.Lgs. 502/92 e s.m.i. in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;
- l'art. 8-sexies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., che ha previsto, al comma 1, che le strutture erogatrici dei servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del SSN siano finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato in sede di accordo contrattuale e determinato "in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento";
- l'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., che individua le seguenti funzioni remunerabili a costo standard per programma di assistenza:
  - a) "programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
  - b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
  - c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
  - d) programmi di assistenza a malattie rare;
  - e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;
  - f) programmi sperimentali di assistenza;
  - g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;"

**VISTO** il Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n. 135;

**VISTO** il Patto per la Salute, sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. 2013/2015 nel quale, all'art. 9 "Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie", è previsto

*“... la revisione e l’aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie”, e “...di istituire a tal fine una Commissione permanente.... al fine di .... individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell’applicazione dell’art. 8 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.”;*

**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 e s.m.i., 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;

**CONSIDERATI** gli orientamenti consolidati di giurisprudenza che configurano il sistema di finanziamento a funzione come *“una speciale remunerazione per lo svolgimento di determinate attività che non si prestano ad essere retribuite secondo il consueto schema tariffario riferito a ciascuna prestazione effettuata e sono destinate a coprire determinati costi fissi non frazionabili o ad incentivare specifici settori di intervento”* (cfr. *ex multis* Tar Lombardia, Milano, sez. III, 1 luglio 2007, n. 4247 e 18 febbraio 2011, n. 493);

**RILEVATO** che i valori attribuiti col presente decreto sono da considerarsi livelli massimi invalicabili e immodificabili e che la distribuzione effettuata: *“...rientra nell’ambito delle scelte riservate alla discrezionalità amministrativa”*, così come riconosciuto anche dalla giurisprudenza secondo un orientamento oramai consolidato e uniforme (*ex pluribus*, Tar del Lazio, RM, sez. III quater, sentenza n. 423/13; nonché Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, n. 3/2012, secondo cui: *“...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”*);

**CONSIDERATO** anche quanto espresso dal Tar Lombardia, che, in materia di definizione dei criteri di assegnazione dei finanziamenti delle funzioni assistenziali operati dalla Giunta Regionale in sede di riparto del F.S.R., ha evidenziato *“il carattere pur sempre aggiuntivo della quota forfettaria destinata alla remunerazione delle funzioni” in argomento (nel caso di specie, Emergenza/urgenza e Pronto Soccorso),*

destinata alla "copertura dei costi fissi a prescindere dal numero delle prestazioni rese" (cfr. sez. III, 6 dicembre 2013, nn. 5841, 5845, 5855, 5856, 5859, 5862, 5865);

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. U00077 del 12 marzo 2014, avente ad oggetto: "Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 – Anno 2013";

**VISTA** la nota acquisita al protocollo Regionale n. 419182 del 21 luglio 2014, trasmessa dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (A.ge.n.a.s.), con la quale viene formulata una proposta di determinazione della quota di "Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza" e della quota di "Finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche";

**RICHIAMATO** integralmente il precedente DCA n. 265 del 01 settembre 2014, recante "Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art.8-sexies, comma 2, D.Lgs. 502/92 – Anno 2014";

**CONSIDERATO** che con note prot. n. 571656 del 15.10.2014 e prot. n. 626969 del 12 novembre 2014 è stata data comunicazione alle strutture interessate del procedimento di rettifica del DCA n. 265/2014 che ha fissato i finanziamenti delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;

**VISTE** le deduzioni prodotte dalle strutture interessate e, in particolare, le osservazioni presentate dalla Cdc Città di Aprilia con nota prot. n. 333 del 22 ottobre 2014;

**STABILITO** che per gli accessi a P.S. non seguiti da ricovero, erogati dalle strutture della Regione Lazio a cittadini non residenti nel territorio regionale, le tariffe da applicare per l'anno 2014 sono quelle di seguito riportate, distinte a seconda del ruolo della struttura all'interno della rete:

<b>RUOLO NELLA RETE</b>	<b>TARIFFA</b>
DEA II Livello	€ 341,64
DEA I Livello	€ 310,52
Pronto Soccorso	€ 261,35
Pronto Soccorso Specialistico	€ 197,02

**CONSIDERATO** che, nella definizione del finanziamento della *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza e Urgenza”* l’Ospedale Cristo Re, gestito dalle Figlie di Nostro Signore al Monte Calvario (P. IVA 01067031003), nel DCA n. 265/14 veniva considerato come Pronto Soccorso Specialistico, con un finanziamento determinato moltiplicando il numero di accessi non seguiti da ricovero (14.633) per la tariffa per prestazioni diagnostiche e di laboratorio (56,01 €) e per consulenze mediche (8 €) detrando, da questi, il ricavo derivante dalla compartecipazione alla spesa (ticket per euro 1.700), assegnando alla struttura un finanziamento complessivo pari ad € 934.958,00 (Tab. 1-bis DCA 265/2014);

**PRESO ATTO** di quanto previsto nel DCA n. U00360 del 31.10.2014, avente oggetto *“Ospedale CRISTO RE gestito dalle Figlie di Nostro Signore al Monte Calvario (P. IVA 01067031003), in persona del legale rapp.te Suor Maria Martino – autorizzazione all’esercizio e accreditamento definitivo istituzionale per la sede operativa sita in via delle Calasanziane, 25 – 00167”*, ovvero che, *“alla data del presente provvedimento, le attività originariamente autorizzate e accreditate risultano essere, per gli effetti delle riconversioni e riorganizzazioni sopra richiamate, le seguenti:..... - Pronto soccorso Generale....”*;

**VISTA** la nota dell’Area Autorizzazione e Accreditamento, prot. n. 630569 del 13/11/2014, inviata all’area Sistema di remunerazione e Verifica e Controllo Attività Sanitaria, avente ad oggetto *“DCA n. U00360 del 31.10.2014 e DCA U00367 del 31.10.2014”*, con cui si notifica che il *“DCA 360 ha stabilito di accreditare definitivamente il presidio sanitario denominato Ospedale Cristo Re, gestito dall’Istituto delle Figlie di Nostro Signore al Monte Calvario, per la sede operativa sita in Via delle Calasanziane, 25- 00167 Roma... omissis per le attività di Pronto soccorso Generale”*;

**PRESO ATTO** che l’Ospedale CRISTO RE è un P.S. Generale e che pertanto la tariffa prevista per le attività di diagnostica e di analisi è pari a 124,74 euro e il valore delle consulenze per visite mediche è pari 16,00 euro, la *“Remunerazione forfettaria per le prestazioni di diagnostica e di laboratorio e per le visite mediche, erogate sugli accessi non seguiti da ricovero”* di cui alla Tab. 1 bis del DCA n.265/2014, passa da 934.958 euro a 2.057.748 euro, generando un incremento del finanziamento pari ad euro 1.122.790;

**CONSIDERATO** che il DCA n. 265/2014 ha individuato nel numero di 25.000 gli accessi annui di P.S. al fine dell’attribuzione della *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza e Urgenza”* sia per i P.S. Generali che per i P.S. Specialistici;

**RILEVATO** che la struttura ICOT è un Pronto Soccorso Specialistico, registrando un numero di accessi netti pari a 17.277, al di sotto della soglia di 25.000 accessi indicati, la Regione ha stabilito di non riconoscere alcun finanziamento (tab. 1 DCA 265/2014);

**CONSIDERATO** che, in virtù della peculiare “specialità” dei Pronto Soccorso Specialistici, questi ultimi presentano un volume fisiologico di accessi inferiore a quelli dei Pronto Soccorso Generali che non consente una sovrapposibilità, al fine dell’individuazione della *Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza e Urgenza*, tra le due tipologie di servizi;

**RITENUTO**, pertanto, di procedere ad una modifica del DCA n. 265/20104, prevedendo un finanziamento dei maggiori costi sostenuti per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle reti di emergenza e urgenza anche per i Pronto Soccorsi Specialistici, indipendentemente dal numero di accessi;

**RILEVATO** che la struttura ICOT è un Pronto Soccorso Specialistico e che la Regione intende riconoscere a detta struttura una valorizzazione di euro 133,01 per accesso netto (17.277), riconoscendo alla stessa un finanziamento per la funzione di cui alla Tab. 1 - *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza e Urgenza”* - del DCA n. 265/2014, pari a 2.298.014 euro;

**PRESO ATTO** della deliberazione n. 361 del 30 maggio 2014 dell’IFO, con la quale si dispone la *“parziale rettifica della deliberazione del 14/5/2014, n. 342, avente ad oggetto” attivazione di una equipe per la continuità assistenziale per i pazienti affetti da neoplasia cerebrale assistiti dall’Istituto Regina Elena. Oneri a carico del finanziamento regionale per le funzioni assistenziali ex art. 8 sexies D. L.vo n. 502/92 e s.m.i.”*, determinando l’attivazione del servizio a far data dal 1 giugno 2014;

**RITENUTO**, pertanto, di ridefinire per la struttura IFO la quota di *“Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all’assistenza dei casi di neoplasie rare”*, di cui alla tab. 8 del DCA n. 265/2014, in funzione d’anno (pro-rata), ovvero nella misura di 300.868,75 euro, rettificando pertanto il DCA n. 265/2014;

**RITENUTO**, nelle more dell’attivazione del Servizio Regionale per Epidemiologia, Sorveglianza e Controllo delle malattie infettive (SERESMI) presso l’INMI, di cui al

DCA n. 341/2014, di rettificare il DCA n. 265/2014, espungendo l'importo ivi previsto perché alla data del 31 dicembre 2014 il servizio stesso non risulta attivato;

**VISTO** che, dall'applicazione dell'algoritmo di calcolo al numero degli accessi di P.S. sono stati determinati i costi presunti (sulla base di fattori produttivi standard e costi standard) sostenuti dalle singole strutture erogatrici per gli accessi (cfr. DCA n.265/2014);

**RILEVATO** che, in base al suddetto algoritmo utilizzato, predisposto anche con il supporto di Agenas, è emerso che il valore dei costi di attesa per l'emergenza, calcolati considerando i fattori produttivi predefiniti valorizzati a costi standard, per le strutture di cui alla tabella seguente sono quelli qui specificati:

Codici ASL	Codici struttura	DESCRIZIONE	Importi ex DCA n.265/2014 Tabella 1 e 1 bis
101	034	GEORGE EASTMAN	5.217.945
105	030	OSPEDALE OFTALMICO	7.945.881
107	051	CONIUGI BERNARDINI (Palestrina)	8.528.245
108	054	CIVILE PAOLO COLOMBO (Velletri)	9.082.407
111	215	CITTA' DI APRILIA	8.519.953

**CONSIDERATO** che, a seguito di ricorso straordinario al P.d.R. proposto dal Comune di Velletri avverso i DCA nn. 80/2010, 82/2010 e 111/2010, nella parte in cui detti provvedimenti hanno disposto la dequalificazione dell'Ospedale di Velletri (Ospedale Civile Paolo Colombo) da DEA di I livello a P.S., il Presidente della Repubblica, sulla base del parere fornito dal Consiglio di Stato il 10 luglio 2013, in accoglimento del suddetto ricorso, ha annullato parzialmente i decreti impugnati, confermando la qualificazione dell'Ospedale di Velletri in DEA di Primo Livello;

**VISTO** l'art. 15, comma 13, lettera g), del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, che ha modificato l'art. 8-*sexies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., aggiungendo al comma 1 di tale articolo un ulteriore comma 1 *bis*, in base al quale *"il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato"*;

**VISTO** il ruolo che le strutture, pubbliche e private accreditate, occupano nel SSR per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

**CONSIDERATO**, peraltro, che il DCA n. 265/14 ha introdotto un criterio sperimentale per la determinazione del finanziamento globale delle funzioni di emergenza e pronto soccorso, in attesa dell'istituzione della "commissione permanente", costituita da

rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, della Conferenza delle Regioni e Province Autonome, nonché dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), col compito di individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'art. 8-*sexies* del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., prevista dall'art. 9 del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

**CONSIDERATO** che, in ogni caso, l'introduzione di nuovi criteri per l'efficientamento del sistema non può prescindere, tenuto conto delle risorse disponibili, dalla tutela della salute della popolazione;

**CONSIDERATO** che le prestazioni di pronto soccorso erogate nel 2013 sono state remunerate in relazione agli accessi netti moltiplicati per la tariffa *triage* determinando un finanziamento a prestazione, cui si è aggiunto un finanziamento integrativo a funzione;

**CONSIDERATO** che il metodo sperimentale introdotto dal DCA n. 265/2014 remunera gli accessi non seguiti da ricovero con un procedimento che tiene conto del ruolo nella rete di emergenza delle singole strutture (classificazione e dimensione storica del numero degli accessi), determinando un finanziamento articolato in due componenti: finanziamento dei costi fissi, a prescindere dal numero delle prestazioni, e remunerazione forfettaria delle consulenze e delle prestazioni diagnostiche strumentali, equiparabile ad una remunerazione tariffaria;

**CONSIDERATO** che la modifica introdotta sperimentalmente genera una riclassificazione tra due metodologie di finanziamento, che nella sostanza remunerano le stesse prestazioni, e che, pertanto, la rilevazione dei costi sostenuti dalle ASL per il finanziamento da corrispondere ai soggetti erogatori privati può avvenire in continuità con il sistema precedente, sia sotto l'aspetto della registrazione contabile per il finanziamento dei privati sia sotto il profilo della mobilità extra-regionale;

**CONSIDERATO**, altresì, che il nuovo sistema di remunerazione comporta comunque la determinazione di un importo medio per accesso al P.S., anche al fine della regolazione della mobilità attiva relativa agli accessi al P.S. di residenti in altre regioni;

**RILEVATO** che la Regione, per l'anno 2014, ritiene opportuno rideterminare il finanziamento, per le strutture qui di seguito indicate, per un importo pari al minor valore tra quanto determinato per l'anno 2013 dal DCA n. 77/2014, incrementato del valore degli accessi a p.s. non seguiti da ricovero, e quanto determinato ai sensi del presente decreto, al fine di garantire la tenuta del sistema nel rispetto del Piano di rientro e dei successivi Programmi operativi:



Codici ASL	Codici Struttura	DESCRIZIONE	Importi ex DCA n.265/2014 Tabella 1 e 1 bis
101	034	GEORGE EASTMAN	5.104.841,54
105	030	OSPEDALE OFTALMICO	6.727.610,10
107	051	CONIUGI BERNARDINI (Palestrina)	7.802.792,46
111	215	CITTA' DI APRILIA	7.763.011,02

**CONSIDERATO** che il livello complessivo della remunerazione delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., assegnato dalla Regione Lazio non supera il 30 per cento del finanziamento totale destinato alle strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio regionale;

**CONSIDERATO** che l'importo complessivo assegnato a ciascun erogatore, nel caso di modifica disposta dal presente decreto, verrà indicato in apposito *addendum* al contratto/accordo già sottoscritto ai sensi dell'art.8 *quinquies* del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., per il quale la sottoscrizione dovrà avvenire senza riserva alcuna, pena l'applicazione dell'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quinquies*, D.Lgs. 502/92e s.m.i. ;

**RIBADITO** che i valori attribuiti col presente decreto sono da considerarsi livelli massimi invalicabili e imm modificabili da parte delle strutture;

**DATO ATTO** che per quanto non modificato dal presente decreto rimane fermo tutto quanto stabilito dal DCA n. 265/2014;

#### DECRETA

per i motivi espressi in premessa, che formano, unitamente alla **tabella A** allegata, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento,

- di ridefinire il livello complessivo di finanziamento per funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., alle strutture individuate in premessa, attribuendo alle stesse, per l'anno 2014, un finanziamento pari a:

Codici ASL	Codici struttura	DESCRIZIONE	Importi ex DCA n.265/2014 Tabella 1 e 1 bis
101	034	GEORGE EASTMAN	5.104.841,54
105	030	OSPEDALE OFTALMICO	6.727.610,10
107	051	CONIUGI BERNARDINI (Palestrina)	7.802.792,46
111	215	CITTA' DI APRILIA	7.763.011,02

- di riconoscere, per l'anno 2014, alla struttura Ospedale CRISTO RE, a fronte del ruolo di Pronto Soccorso Generale all'interno della rete di emergenza ed urgenza, l'importo di euro 2.057.748 (Tab. 1-bis), e, pertanto, rideterminare l'importo complessivo del finanziamento delle funzioni in € 4.269.047,30 (**Tab. A**);
- di riconoscere, per l'anno 2014, alla struttura ICOT, a fronte dell'eliminazione del tetto minimo dei 25.000 accessi al Pronto Soccorso Specialistico previsto nel DCA n. 265/2014 per accedere al finanziamento della funzione assistenziale, l'importo di euro 2.298.014 (Tab. 1), e, pertanto, rideterminare l'importo complessivo del finanziamento delle funzioni in € 4.225.100,00 (**Tab. A**);
- di rideterminare, a far data dal 1 giugno 2014, alla struttura IRCCS IFO, la quota di *"Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all'assistenza dei casi di neoplasie rare"* (Tab. 8), in misura pari a euro 300.868,75, e, pertanto, ridefinire l'importo complessivo del finanziamento delle funzioni per l'anno 2014 in € 4.680.057,71 (**Tab. A**);
- di non riconoscere, per l'anno 2014, il finanziamento assegnato con DCA n. 265/2014 (€ 1.325.300,00) all'INMI – "Spallanzani", in considerazione della mancata attivazione e gestione di un centro epidemiologico dedicato alla sorveglianza e controllo delle malattie infettive al 31 dicembre 2014;
- che l'ammontare dei finanziamenti riconosciuti per le funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 2, del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., a fronte delle rettifiche apportate, è riportato nella **tabella A** allegata al presente decreto;
- che per gli accessi a P.S. non seguiti da ricovero, erogati dalle strutture della Regione Lazio a cittadini non residenti nel territorio regionale, le tariffe da applicare sono quelle di seguito riportate, distinte a seconda del ruolo della struttura all'interno della rete:

RUOLO NELLA RETE	TARIFFA
DEA II Livello	€ 341,64
DEA I Livello	€ 310,52
Pronto Soccorso	€ 261,35
Pronto Soccorso Specialistico	€ 197,02

- che i valori attribuiti col presente decreto sono da considerarsi livelli massimi invalicabili e imm modificabili da parte delle strutture;
- che l'importo complessivo assegnato a ciascun erogatore, nel caso di modifica disposta dal presente decreto, verrà indicato in apposito *addendum* al contratto/accordo già sottoscritto ai sensi dell'art.8 *quinquies* del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., per il quale la sottoscrizione dovrà avvenire senza riserva alcuna, pena l'applicazione dell'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quinquies*, D.Lgs. 502/92e s.m.i. ;
- che, per quanto non modificato dal presente provvedimento, rimane fermo tutto quanto stabilito dal DCA n. 265/2014.

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.

Roma, il 18 FEB. 2015

NICOLA ZINGARI




Tabella A

ASL	CODICE	DESCRIZIONE	FUNZIONI 2014	di cui Tab 1 bis
101	072	San Giovanni Calibita - FBF	€ 17.195.445,79	€ 3.611.441,70
101	034	George Eastman	€ 5.104.841,54	€ 1.691.720,29
102	102	Azienda Sanitaria Locale Roma B	€ 147.000,00	€ -
102	165	Policlinico Casilino	€ 21.106.905,33	€ 7.126.363,80
102	166	Casa di Cura nuova ITOR	€ 544.228,80	€ -
102	267	Sandro Pertini	€ 22.234.638,64	€ 8.550.474,75
103	058	Centro Traumatologico Ortopedico	€ 5.577.604,13	€ 1.743.056,31
103	066	Sant'Eugenio	€ 22.372.764,35	€ 6.274.965,60
103	076	Madre Giuseppina Vannini	€ 14.944.568,18	€ 5.149.797,30
103	089	Neurologica Centre of Latium	€ 975.045,16	€ -
103	103	Azienda Sanitaria Locale Roma C	€ 102.000,00	€ -
103	915	Campus Biomedico	€ 1.630.101,95	€ -
104	061	Giovanni Battista Grassi	€ 18.998.413,73	€ 6.640.339,95
104	104	Azienda Sanitaria Locale Roma D	€ 102.000,00	€ -
104	171	Città di Roma	€ 544.228,80	€ -
104	173	European Hospital	€ 2.536.027,20	€ -
105	026	P.O. Santo Spirito	€ 12.688.575,23	€ 4.056.802,20
105	030	Regionale oftalmico	€ 6.727.610,10	€ 2.477.891,11
105	071	San Pietro - Fatebenefratelli	€ 21.066.683,19	€ 5.570.730,00
105	073	San Carlo di Nancy	€ 2.166.167,28	€ 2.166.167,28
105	074	Cristo Re	€ 4.269.047,30	€ 2.057.748,00
105	105	Azienda Sanitaria Locale Roma E	€ 102.000,00	€ -
105	180	Aurelia Hospital	€ 10.248.211,02	€ 2.834.816,40
105	905	A. Gemelli	€ 92.532.296,13	€ 7.518.864,84
105	911	IDI - Istituto Dermatologico dell'Immacolata	€ 863.603,00	€ -
106	045	San Paolo - Civitavecchia	€ 8.758.221,92	€ 2.941.762,50
106	059	Ospedale Padre Pio - Civile Bracciano	€ 1.990.459,59	€ 1.671.442,12
106	106	Azienda Sanitaria Locale Roma F	€ 102.000,00	€ -
107	046	Parodi Delfino	€ 6.904.581,14	€ 3.174.953,66
107	049	Santissimo Gonfalone	€ 2.435.150,10	€ 2.435.150,10
107	051	Coniugi Bernardini	€ 7.802.792,46	€ 4.416.421,20
107	052	Angelucci	€ 1.876.439,42	€ 969.745,82
107	053	San Giovanni Evangelista	€ 13.496.061,69	€ 5.043.595,95
107	107	Azienda Sanitaria Locale Roma G	€ 102.000,00	€ -
108	043	Generale Provinciale	€ 11.918.757,06	€ 4.461.797,25
108	044	San Giuseppe	€ 8.496.172,58	€ 3.236.034,82
108	047	San Sebastiano Martire	€ 7.892.513,96	€ 3.753.676,54
108	054	Civile Paolo Colombo	€ 9.082.406,91	€ 3.460.555,35
108	108	Azienda Sanitaria Locale Roma H	€ 102.000,00	€ -
108	134	Sant'Anna	€ 3.197.657,42	€ 2.653.428,62
109	002	Civile di Acquapendente	€ 558.059,08	€ 558.059,08
109	003	Andossilla	€ 1.707.493,78	€ 1.707.493,78
109	007	Civile di Tarquinia	€ 2.305.712,84	€ 2.305.712,84
109	109	Azienda Sanitaria Locale Viterbo	€ 102.000,00	€ -
109	271	Belcolle	€ 17.660.069,94	€ 5.140.562,40
110	019	San Camillo de Lellis - Rieti	€ 12.660.137,85	€ 4.181.920,20
110	110	Azienda Sanitaria Locale Rieti	€ 102.000,00	€ -
111	111	Azienda Sanitaria Locale Latina	€ 147.000,00	€ -
111	200	Santa Maria Goretti (P.O. Latina Nord)	€ 20.475.494,29	€ 6.594.165,45
111	204	A. Fiorini - San Giovanni di Dio (Latina Centro)	€ 11.606.965,60	€ 5.746.695,68
111	206	Dono Svezzero (Latina Sud)	€ 12.728.587,83	€ 4.402.664,10
111	212	I.C.O.T.	€ 4.225.100,00	€ 1.021.892,63
111	215	Città di Aprilia	€ 7.763.011,02	€ 4.434.013,70
112	112	Azienda Sanitaria Locale Frosinone	€ 102.000,00	€ -
112	216	Fabrizio Spaziani	€ 12.842.050,77	€ 4.536.272,25
112	217	San Benedetto	€ 6.403.890,26	€ 3.143.568,64
112	218	Ospedale Civile di Anagni	€ 362.819,20	€ -
112	226	Santissima Trinità	€ 7.812.428,11	€ 2.841.259,12
112	228	Santa Scolastica	€ 12.957.092,56	€ 4.615.215,75
901	901	A.O. San Camillo-Forlanini	€ 63.302.023,85	€ 7.954.160,67
902	902	A.O. San Giovanni Addolorata	€ 28.968.733,18	€ 6.880.261,35
903	903	A.O. San Filippo Neri	€ 17.373.368,77	€ 3.283.751,70
906	906	Policlinico Umberto I <sup>a</sup>	€ 92.659.201,21	€ 11.738.262,24
908	908	IRCCS IFO	€ 4.680.057,71	€ -
918	918	IRCCS INMI-Spallanzani	€ 4.798.341,20	€ -
919	919	A.O. Sant'Andrea	€ 17.586.317,59	€ 5.139.668,70
920	920	Policlinico Tor Vergata	€ 26.924.181,80	€ 5.185.372,48
000	-	Gestione Regionale / Accantonamento	€ 1.500.000,00	€ -
<b>TOTALE</b>			<b>€ 759.251.359,55</b>	<b>€ 197.100.716,22</b>