

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 9 settembre 2015, n. U00422

Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.- Anno 2015

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

Oggetto: Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. – Anno 2015

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

VISTI per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “*Nuovo Statuto della Regione Lazio*” e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e ss. mm. ii.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e ss. mm. ii.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato 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 l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato *sub* commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;

VISTI per quanto riguarda il Piano di rientro:

- l'articolo 8, comma 1, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: “*Approvazione del “Piano di Rientro...omissis...”*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio...omissis... Approvazione del Piano di Rientro*”;
- la Legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00247 del 25 luglio 2014, avente ad oggetto: “*Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio*”;

VISTE le vigenti norme in materia di autorizzazione e accreditamento, che regolano, tra l'altro, i requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento;

VISTO quanto disposto dal D. Lgs. n. 118/2011, avente ad oggetto “*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni,*”

degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”, con particolare riferimento all’art. 29;

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

- l’art. 8 *quater*, comma 2, che prevede che “*la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 *quinquies**”;
- l’art. 8 *quater*, comma 8, secondo cui, “*in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale*”;
- l’art. 8 *quinquies*, comma 2, che disciplina la stipula dei contratti 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*);
- l’art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies*, che prevede, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell’accreditamento istituzionale di cui all’articolo 8-*quater*;

- l'art. 8-sexies, che prevede, al comma 1, che *“Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione”*.
- l'art. 8-sexies, comma 2, che stabilisce che *“Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:*
 - a) *programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;*
 - b) *programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;*
 - c) *attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;*
 - d) *programmi di assistenza a malattie rare;*
 - e) *attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;*
 - f) *programmi sperimentali di assistenza;*
 - g) *programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;”*
- l'art. 8-sexies, comma 3, che stabilisce che *“I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di*

standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta”;

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 e, in particolare, l’art. 15, comma 13, lettera g), dello stesso, 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*”;

VISTA l’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, che prevede all’art. 9 - Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie, comma 1, che “*Al fine di effettuare la revisione e l’aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie si conviene: ...omissis... di istituire, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, una 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) al fine di:*

- *aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al DM 18 ottobre 2012, nonché di assistenza protesica di cui decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332;*
- *individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell’applicazione dell’articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.;*
- *definire criteri e parametri di riferimento per l’individuazione delle classi tariffarie;*
- *promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali;*

VISTO il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00265 del 1 settembre 2014, avente ad oggetto: “*Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali, ai sensi dell’art. 8-*sexies*, comma 2, del D. Lgs. 502/92 – Anno 2014*”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00064 del 18 febbraio 2015, avente ad oggetto: “*Rettifica Decreto Commissariale n. U00265 del 1 settembre 2014*”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00050 del 6 febbraio 2015, avente ad oggetto “*Strutture private erogatrici di prestazioni con onere SSR, Ospedali Classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali erogatori di prestazioni con onere SSR: budget delle prestazioni ospedaliere, di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento residenziale e non; delle prestazioni neuropsichiatriche, delle prestazioni RSA-assistenza residenziale/semiresidenziale di mantenimento di nuovo accreditamento e Finanziamento a Funzioni provvisori primo trimestre 2015; budget laboratorio analisi primo trimestre 2015*”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00255 del 19 giugno 2015, avente ad oggetto “*Proroga Decreto del Commissario ad acta n. 50 del 06/02/2015 per prestazioni ospedaliere, prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento residenziale e non; prestazioni neuropsichiatriche, prestazioni RSA - Assistenza residenziale/semiresidenziale di mantenimento di nuovo accreditamento e Finanziamento a funzioni: aprile-giugno 2015. Policlinici Universitari non Statali erogatori di prestazioni con onere SSR: Budget provvisori gennaio- giugno 2015 prestazioni “Altra specialistica” e “APA”*”;

PRESO ATTO che, poiché la 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 (Agenas), prevista nel Patto per la Salute, non era stata costituita, la Regione Lazio, nel 2014, ha stabilito di avviare una collaborazione con Agenas per l’individuazione, nell’ambito delle Funzioni assistenziali ospedaliere, dei criteri da utilizzare per la definizione 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*”;

PRESO ATTO altresì che la suddetta Commissione permanente, ad oggi, non risulta ancora costituita, la Regione ha stabilito di operare nel 2015 in continuità e sulla base del lavoro effettuato in collaborazione con Agenas;

TENUTO CONTO di quanto disposto dalla Deliberazione n. 2550 del 9 aprile 1992, avente ad oggetto *“Piano di coordinamento delle attività del Servizio Sanitario della Regione Lazio in materia di infezioni HIV e di AIDS ai sensi dell’art. 9 della legge 135/1990”*;

TENUTO CONTO di quanto disposto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1437 del 28 aprile 1998, avente ad oggetto *“Proposta di modifica alla DGR n. 3588 del 13 marzo 1993. Potenziamento delle attività di prelievo e trapianto di organo. Attivazione di un sistema regionale di riferimento per i trapianti. Costituzione del Centro regionale di riferimento per i trapianti ai sensi dell’art. 13 della L. 644/1975 nonché art. 11 del DPR 409/1977. Nomina Coordinatore CRTL”*, con la quale è stato istituito il Centro Regionale per i Trapianti del Lazio;

TENUTO CONTO di quanto disposto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 381 del 28 marzo 2002 avente ad oggetto *“Criteri di individuazione dei Centri di Riferimento Regionale per la malattie rare. Ricognizione”*;

TENUTO CONTO di quanto disposto dal Decreto del Commissario *ad acta* n. 86 del 7 giugno 2012 avente ad oggetto *“Individuazione dei centri regionali di servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR”*;

TENUTO CONTO del Decreto del Commissario ad Acta n. U00314 del 7 ottobre 2014, avente ad oggetto *“Approvazione dello schema di Protocollo d’Intesa tra Regione Lazio e Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani (INMI) per la costituzione di un Servizio Regionale per l’Epidemiologia, la Sorveglianza e il controllo delle malattie infettive (SERESMI) presso l’INMI”*;

VISTA la nota prot. n. 685615 del 10 dicembre 2014, con la quale l’Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca ha trasmesso le seguenti informazioni all’Area Livelli Massimi di Finanziamento delle Attività Sanitarie e Mobilità Sanitaria:

- ruolo delle strutture private e pubbliche all’interno della rete di emergenza e urgenza, distinguendo tra pronto soccorso, pronto soccorso specialistico, DEA di I livello, DEA di II livello;
- l’elenco dei centri regionali di servizio.

VISTA la nota prot. n. 95432 del 20 febbraio 2015, con la quale l’Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca ha trasmesso all’Area Livelli Massimi di

Finanziamento delle Attività Sanitarie e Mobilità Sanitaria l'aggiornamento, per ogni istituto, dell'elenco degli utenti in carico al 31.12.2014 affetti da malattie rare;

VISTA la nota prot. n. 240262 del 4 maggio 2015, con la quale l'Area Servizio Informativo Sanitario ha trasmesso le seguenti informazioni all'Area Livelli Massimi di Finanziamento delle Attività Sanitarie e Mobilità Sanitaria:

- numero di accessi effettuati nel 2014 in Pronto Soccorso distinti per tipologia di esito per ciascuna struttura pubblica e privata;
- valorizzazione dei ricavi registrati nel 2014 derivanti dalla compartecipazione al ticket;
- indice di dispersione specialistico per DRG ad alta complessità assistenziale, con esclusione di quelli a rischio di inappropriatazza, superiore a 0,90;
- indice di dispersione specialistico per DRG a media complessità, con esclusione di quelli a rischio di inappropriatazza, superiore a 0,90;
- numero di posti letto rilevati dal NSIS di Terapia Intensiva, U.T.I.C., T.I.N.;
- numero di giornate totali, numero giornate trascorse presso il reparto intensivo di Terapia Intensiva, U.T.I.C., T.I.N., e valorizzazione economica della produzione per singola struttura;

VISTA la nota dell'INMI Lazzaro Spallanzani, prot. n. 2254 del 5 maggio 2015 con la quale è stata comunicata l'attivazione del Servizio epidemiologico;

VISTA la nota del Centro Regionale Trapianti – CRTL, prot. n. 179 del 26 maggio 2015, con la quale sono stati trasmessi i dati delle donazioni e dei trapianti effettuati nella Regione Lazio, nell'anno 2014, dalle strutture assegnatarie del *“Finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento per i Trapianti d'organo e per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l'attività di trapianto di organi e tessuti”*;

VISTA la nota prot. n. 419182 del 21 luglio 2014, trasmessa dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (A.ge.na.s.), con la quale è stata 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”*;

CONSIDERATO che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria definisce, nell'ambito delle Funzioni assistenziali-ospedaliere, alle strutture pubbliche e private, le seguenti quote di finanziamento:

- *“Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d’attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza”*;
- *“Remunerazione delle prestazioni relative a diagnostica, laboratorio e visite mediche erogate sugli accessi non seguiti da ricovero”*;
- *“Finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d’attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche”*;
- *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi ai Programmi di Trattamento delle Malattie Rare”*;
- *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamenti delle donazioni di organi e tessuti, per l’attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l’attività di trapianto di organi e tessuti”*;
- *“Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione”*;
- *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per l’attività legate all’assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive”*;
- *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi al sistema di allarme sanitario - attivazione e gestione del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive”*;
- *“Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all’assistenza dei casi di neoplasie rare”*;

STABILITO di definire il finanziamento per i Pronto Soccorso con un numero di accessi maggiore a 20.000, in coerenza con quanto indicato nel D.M. Salute 02 aprile 2015, n. 70 (*“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*), che prevede, tra l’altro, che *“La funzione di pronto soccorso è prevista per.....un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità”*;

VISTO che i Pronto Soccorso Specialistici presentano un volume di accessi inferiore a quelli dei Pronto Soccorso Generali dovuto alla specificità delle attività svolte;

STABILITO pertanto di definire il 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, in continuità con quanto disposto nel DCA n. 64/2015;

RITENUTO di determinare, sulla base della proposta Agenas, il “*Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d’attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza*”, valorizzando a costi standard i fattori produttivi predefiniti, individuati con i criteri di cui all’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 1, ai quali si rinvia;

RITENUTO di determinare il finanziamento per i servizi diagnostici e di laboratorio relativamente agli accessi nei PS/DEA non seguiti da ricovero, individuati con i criteri di cui all’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 1 - bis, ai quali si rinvia;

CONSIDERATO che, come rilevato da Agenas, il tariffato medio dei servizi diagnostici e di laboratorio erogati nella Regione Lazio nel 2013 è pari a:

- 55,19 euro per i DEA di II Livello.
- 49,65 euro per i DEA di I Livello;
- 41,58 euro per i PS;
- 18,67 euro per i PS Specialistici;

CONSIDERATO che le prestazioni erogate nei PS/DEA per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio sono effettuate in urgenza e non in erogazione programmata;

CONSIDERATO il maggior costo associato all’erogazione in urgenza ed in particolare:

- Costo del servizio di attesa collegato alla presenza h 24 di personale (medico e tecnico);
- Maggior costo del materiale di consumo per prestazioni effettuate singolarmente (in particolare per analisi di laboratorio);

STABILITO pertanto di incrementare il suddetto tariffato medio per accesso del 100%, così come previsto da Agenas e riportato nella seguente tabella:

Ruolo nella Rete	Tariffa prestazioni diagnostiche e di laboratorio
DEA II Livello	110,38 €
DEA I Livello	99,30 €
Pronto Soccorso	83,16 €
Pronto Soccorso Specialistico	37,34 €

STABILITO di definire per i servizi diagnostici e di laboratorio erogati nell'ambito degli accessi nei PS/DEA non seguiti da ricovero, un finanziamento determinato sulla base del suddetto tariffato medio per accesso moltiplicato per il numero di accessi;

CONSIDERATO che per i P.S. ed i Pronto Soccorso Specialistici, le visite mediche di consulenza vengono remunerate in base al consumo e alla relativa tariffa, indicata da Agenas, che è pari a, rispettivamente, 16 euro per i Pronto Soccorso e 8 euro per i Pronto Soccorso Specialisti;

STABILITO altresì che il finanziamento di cui alla tabella 1-*bis* è presuntivo in quanto è stato determinato tenendo conto del numero degli accessi non seguiti da ricovero eseguiti nell'anno 2014;

STABILITO che gli accessi non seguiti da ricovero saranno remunerati a consuntivo sulla base del numero di accessi effettivamente eseguiti nel 2015, al netto dei ricavi derivanti dalla compartecipazione alla spesa (ticket), così come meglio specificato nell'allegato A, al quale si rinvia;

STABILITO inoltre che il finanziamento di cui alla tabella 1 *bis*, la cui remunerazione dovrà essere verificata a consuntivo, non potrà comunque superare il medesimo finanziamento assegnato con DCA n. U00265/2014, fermo restando che la Regione si riserva, sulla base del monitoraggio del volume degli accessi rilevati, di adottare per gli anni successivi misure di contenimento della spesa;

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 2015 sono quelle riportate nell'allegato A;

STABILITO di determinare, sulla base della proposta Agenas, il *“Finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d’attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche”* valorizzando a costi standard i fattori produttivi predefiniti, individuati con i criteri di cui all’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 2, ai quali si rinvia;

STABILITO di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi ai Programmi di Trattamento delle Malattie Rare”*, applicando i criteri specificati nell’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 3, ai quali si rinvia;

STABILITO di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento per i Trapianti d’organo e per l’attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l’attività di trapianto di organi e tessuti”* applicando i criteri specificati nell’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 4, ai quali si rinvia;

STABILITO di determinare la *“Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione”* applicando i criteri specificati nell’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 5, ai quali si rinvia;

STABILITO di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per l’attività legate all’assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive”* applicando i criteri specificati nell’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 6, ai quali si rinvia;

VISTA la nota prot. n. 2254/2015 con la quale l’INMI Lazzaro Spallanzani ha comunicato che il Servizio Regionale per l’Epidemiologia, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SERESMI) sarà attivo dal 1 giugno 2015;

STABILITO di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi al sistema di allarme sanitario - attivazione e gestione del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive”* per il Servizio Regionale per l’Epidemiologia, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SERESMI) applicando i criteri specificati nell’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 7, ai quali si rinvia;

STABILITO di determinare la “*Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all’assistenza dei casi di neoplasie rare*” applicando i criteri fissati specificati nell’allegato A e per gli importi indicati nella tabella 8, ai quali si rinvia;

VISTA la nota prot. n. 299161 del 03/06/2015 della Regione Lazio, con la quale è stato comunicato alle strutture interessate, ai sensi degli artt. 7 e 8 della L. n. 241/90 e s.m.i., l’avvio del procedimento per la definizione del finanziamento per l’anno 2015 delle funzioni assistenziali, ai sensi dell’art. 8-*sexies*, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;

VISTE le osservazioni presentate dalle associazioni di categoria e dalle strutture e protocollate con i nn. 312682 del 10.06.15, 318796 del 12.06.15 e 368183 dell’8 luglio 2015;

VISTE le note prot. nn. 387825, 387828, 387834 del 16 luglio 2015 con le quali la Regione ha controdedotto alle suddette osservazioni;

STABILITO di determinare per l’anno 2015 l’importo complessivo di Euro 692.545.301, quale finanziamento delle funzioni assistenziali di cui all’art. 8-*sexies*, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. così come specificato nella seguente tabella:

FUNZIONI ASSISTENZIALI	2015	PRIVATA	PUBBLICA
FINANZIAMENTO RETI DI EMERGENZA E URGENZA	€ 285.050.112	€ 66.843.412	€ 218.206.700
REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI RELATIVE A DIAGNOSTICA, LABORATORIO E VISITE MEDICHE PER ACCESSI NON SEGUITI DA RICOVERO	€ 132.601.551	€ 26.283.842	€ 106.317.709
FINANZIAMENTO T.I., U.T.I.C., T.I.N.	€ 202.465.898	€ 67.010.226	€ 135.455.672
FINANZIAMENTO MALATTIE RARE	€ 20.771.243	€ 4.308.214	€ 16.463.030
FINANZIAMENTO CENTRI DI COORDINAMENTO DONAZIONI E TRAPIANTO D'ORGANI	€ 31.598.616	€ 7.009.813	€ 24.588.803
FINANZIAMENTO CENTRI DI RIFERIMENTO	€ 12.729.765	€ 918.081	€ 11.811.684
FINANZIAMENTO AIDS e HIV	€ 6.039.250	€ 677.150	€ 5.362.100
FINANZIAMENTO MALATTIE INFETTIVE	€ 773.092	€ -	€ 773.092
FINANZIAMENTO NEOPLASIE RARE	€ 515.775	€ -	€ 515.775
TOTALE	€ 692.545.301	€ 173.050.737	€ 519.494.565

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);

RIBADITO 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);

STABILITO che il finanziamento di cui alle tabelle 3, 4, 5, 6, 7 e 8 è soggetto a rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle prestazioni effettivamente erogate;

STABILITO inoltre che il finanziamento di cui alle tabelle 3, 5, 6, 7 e 8, è soggetto a rendicontazione dei costi e dei ricavi che le strutture interessate sono obbligate a

trasmettere entro e non oltre il 31 marzo 2016, utilizzando l'apposito *format* allegato al presente Decreto (Allegato B);

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

STABILITO che i finanziamenti riconosciuti dalla Regione Lazio alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, ai Policlinici Universitari Statali Pubblici e agli IRCCS pubblici saranno rendicontati dagli stessi utilizzando il medesimo *format* di cui all'allegato 1 e trasmessi alla Direzione regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria entro e non oltre il 31 marzo 2016;

STABILITO che la "*Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento per i Trapianti d'organo e per le attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per le attività di trapianto di organo e tessuti*", è soggetta a rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle attività effettivamente erogate nel corso del 2015 e che le strutture interessate sono obbligate a trasmettere la rendicontazione al Centro Regionale Trapianti entro e non oltre il 28 febbraio 2016, utilizzando l'apposito *format* allegato al presente Decreto (Allegato C);

STABILITO che il Centro Regionale Trapianti dovrà procedere alla valutazione della congruità della rendicontazione dei costi e dei ricavi e delle correlate attività, al fine di consentire alle Aziende Sanitarie competenti la liquidazione o l'eventuale recupero entro il 30 aprile 2016;

STABILITO di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disciplinato nel Decreto del Commissario ad acta avente ad oggetto: "*Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.*";

STABILITO che il livello massimo di finanziamento assegnato a ciascun erogatore viene indicato nel relativo accordo/contratto da sottoscrivere ai sensi dell'art.8 quinquies del D. Lgs. n.502/1992 e s.m.i.;

STABILITO che il livello massimo di finanziamento definito con il presente decreto, individuato nelle tabelle n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, è da considerarsi invalicabile;

VISTO l'art. 15, comma 13, lettera g), del D. Lgs. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

STABILITO che, in applicazione dell'art. 15, comma 13, lettera g), del D. Lgs. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il "*Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza*" determinato a favore dell'Ospedale Oftalmico per un importo pari a euro 5.132.806, viene rideterminato per un importo pari a euro 3.849.605;

DECRETA

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

1. di determinare per l'anno 2015 l'importo complessivo di Euro 692.545.301, quale finanziamento delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-*sexies*, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. così come specificato nelle tabelle 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8;
2. di definire il 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, in continuità con quanto disposto nel DCA n. 64/2015;
3. di stabilire, per la valorizzazione dei servizi diagnostici e di laboratorio erogati nell'ambito degli accessi nei PS/DEA non seguiti da ricovero, il tariffato medio per accesso riportato nella seguente tabella:

Ruolo nella Rete	Tariffa prestazioni diagnostiche e di laboratorio
DEA II Livello	110,38 €
DEA I Livello	99,30 €
Pronto Soccorso	83,16 €
Pronto Soccorso Specialistico	37,34 €

4. di definire, per i servizi diagnostici e di laboratorio erogati nell'ambito degli accessi nei PS/DEA non seguiti da ricovero, un finanziamento determinato sulla base del suddetto tariffato medio per accesso moltiplicato per il numero di accessi;
5. che il finanziamento di cui alla tabella 1-*bis* è presuntivo in quanto è stato determinato tenendo conto del numero degli accessi non seguiti da ricovero eseguiti nell'anno 2014;
6. che gli accessi non seguiti da ricovero saranno remunerati a consuntivo sulla base del numero di accessi effettivamente eseguiti nel 2015, al netto dei ricavi derivanti dalla compartecipazione alla spesa (ticket), così come meglio specificato nell'allegato A, al quale si rinvia;
7. che il finanziamento di cui alla tabella 1 *bis*, la cui remunerazione dovrà essere verificata a consuntivo, non potrà comunque superare il medesimo finanziamento assegnato con DCA n. U00265/2014, fermo restando che la Regione si riserva, sulla base del monitoraggio del volume degli accessi rilevati, di adottare per gli anni successivi misure di contenimento della spesa;
8. 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 2015 sono quelle riportate nell'allegato A;
9. di determinare, sulla base della proposta Agenas, il "*Finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche*"

valorizzando a costi standard i fattori produttivi predefiniti, individuati con i criteri di cui all'allegato A e per gli importi indicati nella tabella 2, ai quali si rinvia;

10. di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi ai Programmi di Trattamento delle Malattie Rare”*, applicando i criteri specificati nell'allegato A e per gli importi indicati nella tabella 3, ai quali si rinvia;
11. di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento per i Trapianti d'organo e per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l'attività di trapianto di organi e tessuti”* applicando i criteri di specificati nell'allegato A e per gli importi indicati nella tabella 4, ai quali si rinvia;
12. che la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento per i Trapianti d'organo e per le attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per le attività di trapianto di organo e tessuti”*, è soggetta a rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle attività effettivamente erogate nel corso del 2015 e che le strutture interessate sono obbligate a trasmettere la rendicontazione al Centro Regionale Trapianti entro e non oltre il 28 febbraio 2016, utilizzando l'apposito *format* allegato al presente Decreto (Allegato C)
13. di determinare la *“Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione”* applicando i criteri specificati nell'allegato A e per gli importi indicati nella tabella 5, ai quali si rinvia;
14. di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per l'attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive”* applicando i criteri specificati nell'allegato A e per gli importi indicati nella tabella 6, ai quali si rinvia;
15. di determinare la *“Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi al sistema di allarme sanitario - attivazione e gestione del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive”* per il Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SERESMI)

applicando i criteri specificati nell'allegato A e per gli importi indicati nella tabella 7, ai quali si rinvia;

16. di determinare la "*Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all'assistenza dei casi di neoplasie rare*" applicando i criteri specificati nell'allegato A e per gli importi indicati nella tabella 8, ai quali si rinvia;
17. che il finanziamento di cui alle tabelle 3, 4, 5, 6, 7 e 8 è soggetto a rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle prestazioni effettivamente erogate;
18. che il finanziamento di cui alle tabelle 3, 5, 6, 7 e 8, è soggetto a rendicontazione dei costi e dei ricavi che le strutture interessate sono obbligate a trasmettere entro e non oltre il 31 marzo 2016, utilizzando l'apposito *format* allegato al presente Decreto (Allegato B);
19. che le Aziende Sanitarie competenti per territorio dovranno acquisire e valutare le rendicontazioni delle Case di Cura Private Accreditate, degli Ospedali Classificati, degli IRCSS privati e dei Policlinici Universitari non statali, al fine di liquidare le relative fatture solo all'esito dell'accertata congruità della rendicontazione;
20. che i finanziamenti riconosciuti dalla Regione Lazio alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, ai Policlinici Universitari Statali Pubblici e agli IRCCS pubblici saranno rendicontati dagli stessi utilizzando il medesimo *format* di cui all'allegato 1 e trasmessi alla Direzione regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria entro e non oltre il 31 marzo 2016;
21. che il Centro Regionale Trapianti dovrà procedere alla valutazione della congruità della rendicontazione dei costi e dei ricavi e delle correlate attività, al fine di consentire alle Aziende Sanitarie competenti la liquidazione o l'eventuale recupero entro il 30 aprile 2016;
22. che il livello massimo di finanziamento definito con il presente decreto, individuato nelle tabelle n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, è da considerarsi invalicabile;

23. che, in applicazione dell'art. 15, comma 13, lettera g), del D. Lgs. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il *“Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza”* determinato a favore dell'Ospedale Oftalmico per un importo pari a euro 5.132.806, viene rideterminato per un importo pari a euro 3.849.605;
24. che l'ammontare dei finanziamenti riconosciuti per le funzioni assistenziali ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 2, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. è fissato per singolo programma di assistenza (tabelle 1, 1 *bis*, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8);
25. di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disciplinato nel Decreto del Commissario *ad acta* n. U00324/2015 avente ad oggetto: *“Approvazione schema di accordo/contratto ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.”*;
26. che il livello massimo di finanziamento assegnato a ciascun erogatore viene indicato nel relativo accordo/contratto da sottoscrivere ai sensi dell'art.8 *quinquies* del D. Lgs. n.502/1992 e s.m.i.;
27. di prevedere, in caso di mancata sottoscrizione dei suddetti accordi/contratti, quanto previsto dall'art. 8-*quater*, comma 2, D.Lgs. 502/92.

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

NICOLA ZINGARETTI

Tab. 1 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza e Urgenza

ASL	CODICE	STRUTTURA	RUOLO NELLA RETE	ACCESSI NETTI 2014	ACCESSI NON SEGUITI DA RICOVERO 2014	COSTO MEDIO AD ACCESSO NETTO	COSTO PER ACCESSO NETTO (FUNZIONI 2014)	CASI TOTALI	N° DRG	INDICE DI DISPERSIONE	INDICE DI DISPERSIONE > 90%	TOTALE RICAVO DA PRONTO SOCCORSO (CODICE BIANCO)	TOTALE FINANZIAMENTO AL NETTO DEI RICAVI DA PS 2015
101	072	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	32.591	23.397	€ 161,57	€ 5.255.728	15.750	328	78,66%	€	€ 10.625	€ 5.255.103
102	102	Asl Roma B	DEA I	56.162	49.059	€ 161,57	€ 9.074.094	14.370	303	72,66%	€	€ 5.325	€ 9.068.769
102	267	Sandro Pertini	DEA I	64.590	56.082	€ 161,57	€ 10.435.806	11.448	341	81,77%	€	€ 675	€ 10.435.131
103	066	San Eugenio	DEA I	49.732	41.232	€ 161,57	€ 8.035.199	16.141	369	88,49%	€	€ 13.075	€ 8.022.124
103	076	Madre Giuseppina Vannini	DEA I	42.993	36.581	€ 161,57	€ 6.946.379	8.282	270	64,75%	€	€ 8.625	€ 6.937.754
104	061	Giovanni Battista Grassi	DEA I	49.587	42.775	€ 161,57	€ 8.011.772	10.432	308	73,86%	€	€ 12.025	€ 7.999.747
105	026	Santo Spirito	DEA I	32.334	26.285	€ 161,57	€ 5.224.204	8.323	308	73,86%	€	€ 28.075	€ 5.196.129
105	071	San Pietro - Fatebenefratelli	DEA I	49.259	38.311	€ 161,57	€ 7.958.777	16.665	319	76,50%	€	€ 18.550	€ 7.940.227
105	180	Aurelia Hospital	DEA I	24.171	19.946	€ 161,57	€ 3.905.308	5.611	271	64,99%	€	€ 1.100	€ 3.904.208
106	045	San Paolo	DEA I	22.659	19.057	€ 161,57	€ 3.661.015	4.129	246	58,99%	€	€ 1.850	€ 3.659.165
107	053	San Giovanni Evangelista	DEA I	39.843	34.754	€ 161,57	€ 6.437.434	5.475	269	64,51%	€	€ 9.075	€ 6.428.359
108	043	Generale Provinciale	DEA I	32.886	29.146	€ 161,57	€ 5.313.391	4.386	267	64,03%	€	€ 6.575	€ 5.306.816
108	054	Civile Paolo Colombo	DEA I	28.159	24.400	€ 161,57	€ 4.549.650	4.491	257	61,63%	€	€ 2.075	€ 4.547.575
109	271	Betulle	DEA I	43.347	33.780	€ 161,57	€ 7.003.575	13.582	350	83,93%	€	€ 5.225	€ 6.998.350
110	019	San Camillo de Lellis	DEA I	37.481	27.582	€ 161,57	€ 6.055.805	11.366	335	80,34%	€	€ 2.175	€ 6.053.630
111	200	Santa Maria Goretti P.O. Latina Nord	DEA I	49.166	37.614	€ 161,57	€ 7.943.751	16.382	360	86,33%	€	€ 12.175	€ 7.931.576
111	206	Dono Saverio P.O. Latina Sud	DEA I	35.737	30.096	€ 161,57	€ 5.774.027	6.804	288	69,06%	€	€	€ 5.774.027
112	216	Fabrizio Spaziani	DEA I	38.378	28.127	€ 161,57	€ 6.200.733	10.193	323	77,46%	€	€ 1.775	€ 6.198.958
112	228	Santa Scolastica	DEA I	38.953	29.573	€ 161,57	€ 6.293.636	7.799	286	68,59%	€	€ 4.675	€ 6.288.961
105	903	Asl Roma E (San Filippo Neri)	DEA I	30.590	21.199	€ 161,57	€ 4.942.426	14.943	348	83,45%	€	€ 9.125	€ 4.933.301
919	919	S.Andrea	DEA I	40.683	33.169	€ 161,57	€ 6.573.152	14.198	360	86,33%	€	€ 10.000	€ 6.563.152
920	920	Policlinico Tor Vergata Generale	DEA I	39.462	31.722	€ 161,57	€ 6.375.875	16.287	357	85,61%	€	€ 16.750	€ 6.359.125
		DEA II LIVELLO		878.763	714.067		€ 141.981.738					€ 179.550	€ 141.802.188
901	901	San Camillo-Forlani Generale	DEA II	49.490	37.784	€ 176,07	€ 8.713.704	32.191	396	94,96%	€	€ 18.300	€ 18.684.206
902	902	San Giovanni	DEA II	55.531	40.805	€ 176,07	€ 9.777.343	18.868	364	87,29%	€	€ 11.625	€ 9.765.718
105	905	A. Gemelli	DEA II	69.339	48.273	€ 176,07	€ 12.208.518	60.047	401	96,16%	€	€ 6.475	€ 31.069.960
906	906	Policlinico Umberto I Centrale	DEA II	60.176	45.728	€ 176,07	€ 10.595.188	36.094	394	94,48%	€	€ 135.725	€ 21.602.745
		DEA II LIVELLO		234.536	172.590		€ 41.294.754					€ 172.125	€ 81.122.629
105	073	San Carlo di Nancy	PS	20.893	18.519	€ 120,61	€ 2.519.905	4.933	231	55,40%	€	€ 4.750	€ 2.515.155
107	046	Parodi Delfino	PS	25.199	21.556	€ 120,61	€ 3.039.251	5.048	272	65,23%	€	€ 3.200	€ 3.036.051
107	051	Conugi/Bemardini	PS	33.534	30.765	€ 120,61	€ 4.044.536	3.142	213	51,08%	€	€ 550	€ 4.043.986
108	044	San Giuseppe	PS	26.577	23.142	€ 120,61	€ 3.205.452	5.761	253	60,67%	€	€ 13.325	€ 3.192.127
108	047	San Sebastiano Martire	PS	29.058	28.081	€ 120,61	€ 3.504.685	2.981	206	49,40%	€	€ 9.300	€ 3.495.385
108	134	San'Anna	PS	21.917	18.765	€ 120,61	€ 2.643.409	2.694	219	52,52%	€	€ 400	€ 2.643.009
111	204	A. Fiorini P.O. Latina Centro (Terracina)	PS	28.572	24.720	€ 120,61	€ 3.446.069	7.440	276	66,19%	€	€ 7.250	€ 3.438.819
111	204	San Giovanni di Dio P.O. Latina Centro (Fondi)	PS	21.918	18.141	€ 120,61	€ 2.643.530	-	0	0,00%	€	€ 10.950	€ 2.632.580
111	215	Citta' di Aprilia	PS	34.783	32.439	€ 120,61	€ 4.195.178	2.965	186	44,60%	€	€ 425	€ 4.194.753
112	217	San Benedetto	PS	27.231	22.625	€ 120,61	€ 3.284.331	3.305	173	41,49%	€	€ 4.325	€ 3.280.006
112	226	Sanissima Trinita'	PS	24.890	19.741	€ 120,61	€ 3.001.983	6.550	275	65,95%	€	€ 5.100	€ 2.996.883
		PRONTO SOCCORSO		294.572	258.494		€ 35.528.329					€ 59.575	€ 35.468.754
101	034	George Eastman	PS spec.	27.142	26.966	€ 133,01	€ 3.610.157	296	22	5,28%	€	€ 8.825	€ 3.601.332
103	058	C.T.O.	PS spec.	31.545	29.828	€ 133,01	€ 4.195.800	-	0	0,00%	€	€ 40.650	€ 4.155.150
105	030	Regionale Oftalmico	PS spec.	36.597	36.083	€ 133,01	€ 4.866.938	217	9	2,16%	€	€ 144.450	€ 3.542.488
111	212	I.C.O.T.	PS spec.	17.986	16.746	€ 133,01	€ 2.392.318	3.450	56	13,43%	€	€ 9.075	€ 2.383.243
901	901	San Camillo-Forlani Pediatrico	PS spec.	17.276	16.139	€ 133,01	€ 2.297.881	-	0	0,00%	€	€	€ 2.297.881
901	901	San Camillo-Forlani Ostetrico	PS spec.	9.830	5.993	€ 133,01	€ 1.307.488	-	0	0,00%	€	€	€ 1.307.488
906	906	Policlinico Umberto I Oculistico	PS spec.	26.764	26.514	€ 133,01	€ 3.559.880	-	0	0,00%	€	€	€ 3.559.880
906	906	Policlinico Umberto I Ostetrico	PS spec.	9.115	6.312	€ 133,01	€ 1.212.386	-	0	0,00%	€	€	€ 1.212.386
906	906	Policlinico Umberto I Pediatrico	PS spec.	25.419	23.302	€ 133,01	€ 3.380.981	-	0	0,00%	€	€	€ 3.380.981
906	906	Policlinico Umberto I Ematologico	PS spec.	2.051	1.607	€ 133,01	€ 272.804	-	0	0,00%	€	€	€ 272.804
920	920	Policlinico Tor Vergata Odontoiatrico	PS spec.	7.089	7.089	€ 133,01	€ 942.908	-	0	0,00%	€	€	€ 942.908
		PRONTO SOCCORSO SPECIALISTICO		210.814	196.579		€ 26.859.541					€ 203.000	€ 26.656.541
		TOTALE		1.618.685	1.341.730		€ 245.664.362				€ 40.000.000	€ 614.250	€ 285.050.112

ASL	CODICE	STRUTTURA	RUOLO NELLA RETE	ACCESSI NON SEGUITI DA RICOVERO 2014	COSTO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE (ACCESSI NON SEGUITI DA RICOVERO)	COSTO CONSULENZE (ACCESSI NON SEGUITI DA RICOVERO)	TOTALE RICOVERO DA PRONTO SOCCORSO (CODICE BIANCO)	TOTALE FINANZIAMENTO AL NETTO DEI RICAVI DA PS 2015
101	072	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	23.397 €	2.323.322 €	-	-	€ 2.323.322
102	102	Asl Roma B	DEA I	49.059 €	4.871.559 €	-	-	€ 4.871.559
102	267	Sandro Pertini	DEA I	56.082 €	5.568.943 €	-	-	€ 5.568.943
103	066	Sant' Eugenio	DEA I	41.232 €	4.094.338 €	-	-	€ 4.094.338
103	076	Madre Giuseppina Vannini	DEA I	36.581 €	3.632.493 €	-	-	€ 3.632.493
104	061	Giovanni Battista Grassi	DEA I	42.775 €	4.247.558 €	-	-	€ 4.247.558
105	026	Santo Spirito	DEA I	26.285 €	2.610.101 €	-	-	€ 2.610.101
105	071	San Pietro - Fatebenefratelli	DEA I	38.311 €	3.804.282 €	-	-	€ 3.804.282
105	180	Aurelia Hospital	DEA I	19.946 €	1.980.638 €	-	-	€ 1.980.638
106	045	San Paolo	DEA I	19.057 €	1.892.360 €	-	-	€ 1.892.360
107	053	San Giovanni Evangelista	DEA I	34.754 €	3.451.072 €	-	-	€ 3.451.072
108	043	Generale Provinciale	DEA I	29.146 €	2.894.198 €	-	-	€ 2.894.198
108	054	Civile Paolo Colombo	DEA I	24.400 €	2.422.920 €	-	-	€ 2.422.920
109	271	Belcolle	DEA I	33.780 €	3.354.354 €	-	-	€ 3.354.354
110	019	San Camillo de Lellis	DEA I	27.582 €	2.738.893 €	-	-	€ 2.738.893
111	200	Santa Maria Goretti P.O. Latina Nord	DEA I	37.614 €	3.735.070 €	-	-	€ 3.735.070
111	206	Dono Svizzera P.O. Latina Sud	DEA I	30.096 €	2.988.533 €	-	-	€ 2.988.533
112	216	Fabrizio Spaziani	DEA I	28.127 €	2.793.011 €	-	-	€ 2.793.011
112	228	Santa Scolastica	DEA I	29.753 €	2.954.473 €	-	-	€ 2.954.473
105	903	Asl Roma E (San Filippo Neri)	DEA I	21.199 €	2.105.061 €	-	-	€ 2.105.061
919	919	S. Andrea	DEA I	33.169 €	3.293.682 €	-	-	€ 3.293.682
920	920	Policlinico Tor Vergata Generale	DEA I	31.722 €	3.149.995 €	-	-	€ 3.149.995
		DEA I LIVELLO		714.067 €	70.906.853 €	-	-	€ 70.906.853
901	901	San Camillo-Forlanini Generale	DEA II	37.784 €	4.170.598 €	-	-	€ 4.170.598
902	902	San Giovanni	DEA II	40.805 €	4.504.056 €	-	-	€ 4.504.056
905	905	A. Gemelli	DEA II	48.273 €	5.328.374 €	-	-	€ 5.328.374
906	906	Policlinico Umberto I Centrale	DEA II	45.728 €	5.047.457 €	-	-	€ 5.047.457
		DEA II LIVELLO		172.590 €	19.050.484 €	-	-	€ 19.050.484
105	073	San Carlo di Nancy	PS	18.519 €	1.540.040 €	296.304 €	-	€ 1.836.344
105	074	Cristo Re	PS	15.552 €	1.293.304 €	248.832 €	400 €	€ 1.541.736
106	059	Civile di Bracciano	PS	11.518 €	957.837 €	184.288 €	1.050 €	€ 1.141.075
107	046	Parodi Delfino	PS	21.556 €	1.792.597 €	344.896 €	-	€ 2.137.493
107	049	Santissimo Gonfalone	PS	15.847 €	1.317.837 €	253.552 €	7.000 €	€ 1.564.389
107	051	Contuggi Bernardini	PS	30.765 €	2.558.417 €	492.240 €	-	€ 3.050.657
107	052	Angelucci	PS	7.018 €	583.617 €	112.288 €	250 €	€ 695.655
108	044	San Giuseppe	PS	23.142 €	1.924.489 €	370.272 €	-	€ 2.294.761
108	047	San Sebastiano Martire	PS	28.081 €	2.335.216 €	449.296 €	-	€ 2.784.512
108	134	Sant' Anna	PS	18.765 €	1.560.497 €	300.240 €	-	€ 1.860.737
109	02	Civile di Acquapendente	PS	4.146 €	344.781 €	66.336 €	-	€ 404.767
109	03	Andosilla	PS	11.734 €	975.799 €	187.744 €	1.200 €	€ 1.162.343
109	07	Civile di Tarquinia	PS	16.032 €	1.334.884 €	256.832 €	2.625 €	€ 1.589.091
111	204	A. Fiorini P.O. Latina Centro (Terracina)	PS	24.720 €	2.055.715 €	395.520 €	-	€ 2.451.235
111	204	San Giovanni di Dio P.O. Latina Centro (Fondi)	PS	18.141 €	1.508.606 €	290.256 €	-	€ 1.798.862
111	215	Citta' di Aprilia	PS	32.439 €	2.697.627 €	519.024 €	-	€ 3.216.651
112	217	San Benedetto	PS	22.625 €	1.881.495 €	362.000 €	-	€ 2.243.495
112	226	Santissima Trinita'	PS	19.741 €	1.641.662 €	315.856 €	-	€ 1.957.518
		PRONTO SOCCORSO		340.361 €	28.304.421 €	5.445.776 €	18.875 €	€ 33.731.322
101	034	George Eastman	PS spec.	26.966 €	1.006.910 €	215.728 €	-	€ 1.222.638
103	058	C.T.O.	PS spec.	29.828 €	1.113.778 €	288.624 €	-	€ 1.352.402
105	030	Regionale Oftalmico	PS spec.	36.083 €	1.347.339 €	288.664 €	-	€ 1.636.003
111	212	I.C.O.T.	PS spec.	16.746 €	625.296 €	133.968 €	-	€ 759.264
901	901	San Camillo-Forlanini Pediatrico	PS spec.	16.139 €	602.630 €	129.112 €	-	€ 731.742
901	901	San Camillo-Forlanini Pediatrico	PS spec.	5.993 €	223.779 €	47.944 €	-	€ 271.723
906	906	Policlinico Umberto I Oculistica	PS spec.	26.514 €	990.033 €	212.112 €	-	€ 1.202.145
906	906	Policlinico Umberto I Ostetrica	PS spec.	6.312 €	235.690 €	50.496 €	-	€ 286.186
906	906	Policlinico Umberto I Pediatrica	PS spec.	23.302 €	870.097 €	186.416 €	-	€ 1.056.513
906	906	Policlinico Umberto I Ematologico	PS spec.	1.607 €	60.005 €	12.856 €	-	€ 72.861
920	920	Policlinico Tor Vergata Odontoiatrico	PS spec.	7.089 €	264.703 €	56.712 €	-	€ 321.415
		PRONTO SOCCORSO SPECIALISTICO		196.579 €	7.340.260 €	1.572.632 €	-	€ 8.912.892
		TOTALE		1.423.597 €	125.602.018 €	7.018.408 €	18.875 €	€ 132.601.551

Tab. 2 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche												
ASL	CODICE	STRUTTURA	RUOLO	PL	PL EQUIVALENTI (85%)	FINANZIAMENTO 2015	PL	PL EQUIVALENTI (85%)	FINANZIAMENTO 2015	PL	PL EQUIVALENTI (85%)	FINANZIAMENTO 2015
101	072	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	12	12,00	€ 3.454.787	4	4,00	€ 945.038	12	12,00	€ 3.892.173
101	102	Asi Roma B	DEA I	8	7,61	€ 2.189.981	6	6,00	€ 1.417.557	8	8,00	€ 2.594.782
102	166	Casa di Cura Nuova Iltor	-	0	0,00	€ -	4	2,49	€ 588.650	0	0,00	€ -
102	267	Sandro Pertini	DEA I	8	8,00	€ 2.303.191	8	8,00	€ 1.890.076	0	0,00	€ -
103	066	Sant'Eugenio	DEA I	17	17,00	€ 4.894.282	6	6,00	€ 1.417.557	2	2,00	€ 648.695
103	076	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	DEA I	8	8,00	€ 2.303.191	9	8,97	€ 2.119.292	0	0,00	€ -
103	089	Neurological Center of Latium	-	4	2,33	€ 671.842	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
103	915	Campus Biomedico	-	6	6,00	€ 1.727.394	3	0,03	€ 7.615	0	0,00	€ -
104	061	Giovanni Battista Grassi	DEA I	14	12,57	€ 3.619.964	6	6,00	€ 1.417.557	0	0,00	€ -
104	171	Città di Roma	-	0	0,00	€ -	4	3,83	€ 904.678	0	0,00	€ -
104	173	European Hospital	-	12	6,01	€ 1.731.569	8	3,93	€ 928.285	0	0,00	€ -
105	026	P.O. Santo Spirito	DEA I	10	7,17	€ 2.063.778	7	6,99	€ 1.651.722	0	0,00	€ -
105	071	San Pietro - Fatebenefratelli	DEA I	8	8,00	€ 2.303.191	8	6,05	€ 1.430.122	12	12,00	€ 3.892.173
105	074	Cristo Re	PS	12	7,15	€ 2.058.211	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
105	180	Aurelia Hospital	DEA I	11	9,68	€ 2.787.586	8	7,54	€ 1.781.180	0	0,00	€ -
105	905	Policlinico A. Gemelli	DEA II	65	56,59	€ 16.292.157	31	31,00	€ 7.324.045	27	27,00	€ 8.757.389
106	045	San Paolo	DEA I	6	6,00	€ 1.727.394	4	4,00	€ 945.038	0	0,00	€ -
106	059	Padre Pio	PS	2	0,44	€ 127.130	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
107	046	Parodi Delfino	PS	0	0,00	€ -	4	0,00	€ -	0	0,00	€ -
107	052	Angelucci	PS	4	3,18	€ 916.822	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
107	053	San Giovanni Evangelista	DEA I	6	5,87	€ 1.690.739	6	6,00	€ 1.417.557	0	0,00	€ -
108	043	P.O. Anzio-Nettuno	DEA I	6	4,27	€ 1.229.544	5	4,24	€ 1.002.913	0	0,00	€ -
108	044	P.O. Albano-Genzano	PS	6	2,34	€ 674.625	5	4,69	€ 1.108.002	0	0,00	€ -
108	054	Civile Paolo Colombo	DEA I	6	3,99	€ 1.148.812	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
108	047	San Sebastiano Martire	PS	0	0,00	€ -	4	3,33	€ 787.405	0	0,00	€ -
108	134	Sant'Anna	PS	0	0,00	€ -	4	3,09	€ 731.053	0	0,00	€ -
109	271	Beicolle	DEA I	10	9,40	€ 2.706.853	6	4,75	€ 1.123.232	4	2,75	€ 891.760
110	019	P.O. Unificato Rieti	DEA I	8	6,82	€ 1.964.487	4	4,00	€ 945.038	0	0,00	€ -
111	200	P.O. Latina Nord	DEA I	12	12,00	€ 3.454.787	8	8,00	€ 1.890.076	0	0,00	€ -
111	206	P.O. Latina Sud	DEA I	7	6,09	€ 1.751.985	8	5,80	€ 1.369.201	0	0,00	€ -
111	212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	PS SPEC.	4	1,32	€ 378.607	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
112	216	Fabrizio Spaziani (ex Umberto I)	DEA I	6	6,00	€ 1.727.394	4	4,00	€ 945.038	0	0,00	€ -
112	226	Santissima Trinita'	PS	6	5,51	€ 1.587.736	4	3,92	€ 926.762	0	0,00	€ -
112	228	Santa Scolastica	DEA I	6	6,00	€ 1.727.394	4	3,46	€ 817.865	0	0,00	€ -
901	901	San Camillo - Forlanini	DEA II	50	50,00	€ 14.594.947	7	7,00	€ 1.653.817	4	4,00	€ 1.297.391
902	902	San Giovanni - Addolorata	DEA II	36	27,17	€ 7.820.829	10	9,30	€ 2.196.966	6	1,31	€ 423.403
105	903	Asi Roma E (San Filippo Neri)	DEA I	28	25,45	€ 7.328.083	10	10,00	€ 2.362.595	2	2,00	€ 648.695
906	906	Policlinico Umberto I	DEA II	44	44,00	€ 12.667.553	14	13,84	€ 3.669.177	8	5,21	€ 1.689.431
908	908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	-	10	5,23	€ 1.505.148	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
918	918	Lazzaro Spallanzani	-	8	4,33	€ 1.247.175	0	0,00	€ -	0	0,00	€ -
919	919	Sant'Andrea	DEA I	20	19,96	€ 5.745.915	6	6,00	€ 1.417.557	0	0,00	€ -
920	920	Tor Vergata	DEA I	18	18,00	€ 5.182.181	8	8,00	€ 1.890.076	0	0,00	€ -
		TOTALE		504	441,50	€ 127.107.264	237	214,27	€ 50.622.740	85	76,26	€ 24.735.894

Tab. 3 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi ai Programmi di Trattamento delle Malattie Rare					
ASL	CODICE	STRUTTURA	PRESIDI	FINANZIAMENTO 2015	
101	072	A.O. San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli	1	€	167.556
103	066	Ospedale Sant'Eugenio (Asl Roma C)	3	€	824.041
105	030	Ospedale Oftalmico (Asl Roma E)	1	€	307.117
105	073	San Carlo di Nancy	1	€	290.835
105	911	IDI - Istituto Dermatologico dell'Immacolata	1	€	863.603
901	901	A.O. San Camillo Forlanini	4	€	1.930.989
105	903	Asl Roma E (San Filippo Neri)	3	€	274.244
905	905	Azienda Universitaria Policlinico A. Gemelli	7	€	2.986.220
906	906	Azienda Universitaria Policlinico Umberto I [^]	19	€	9.830.029
908	908	IRCCS - IFO Regina Elena/San Gallicano	2	€	519.224
918	918	IRCCS - INMI Lazzaro Spallanzani	1	€	212.954
920	920	Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata	6	€	2.564.432
TOTALE			49	€	20.771.243

Tab. 4 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento delle donazioni di organi e tessuti, per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l'attività di trapianto di organi e tessuti

ASL	CODICE	STRUTTURA	QUOTA PER COORDINAMENTO AZIENDALE PER LE DONAZIONI	QUOTA PER CASI ACCERTATI MORTE ENCEFALICA	QUOTA PER DIFFICOLTA' DI REPERIMENTO ORGANO	QUOTA DONAZIONI PER DONATORE TESSUTI OCULARI	QUOTA TOTALE DONAZIONI TESSUTO MUSCOLOSCHELETRICO	QUOTA TOTALE DONAZIONI FINANZIAMENTO 2015	FINANZIAMENTO TRAPIANTI DI ORGANO 2015	QUOTA TRAPIANTO TOTALE FINANZIAMENTO 2015
901	901	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini	€ 192.000	€ 192.500	€ 214.834	€ 22.500	€ -	€ 621.834	€ 6.256.492	€ 6.878.327
902	902	Azienda Ospedaliera San Giovanni - Addolorata	€ 192.000	€ 60.500	€ 47.468	€ 53.500	€ 24.600	€ 378.068	€ -	€ 378.068
105	903	Asi Roma E (San Filippo Neri)	€ 147.000	€ 66.000	€ 46.167	€ 5.500	€ -	€ 264.667	€ -	€ 264.667
906	906	Policlinico Universitario Umberto I	€ 192.000	€ 445.500	€ 318.732	€ 44.500	€ 25.500	€ 1.026.232	€ 6.221.686	€ 7.247.918
905	905	Policlinico Universitario non statale A. Gemelli	€ 192.000	€ 302.500	€ 417.276	€ 24.000	€ -	€ 935.776	€ 6.014.605	€ 6.950.381
920	920	Policlinico Universitario Tor Vergata	€ 147.000	€ 214.500	€ 221.459	€ 10.000	€ -	€ 592.959	€ 7.135.973	€ 7.728.932
919	919	Azienda Ospedaliera Sant'Andrea	€ 147.000	€ 60.500	€ 78.522	€ 23.500	€ 9.000	€ 318.522	€ -	€ 318.522
908	908	IRCCS IFO	€ 102.000	€ -	€ -	€ 14.500	€ -	€ 116.500	€ -	€ 116.500
918	918	IRCC Spallanzani	€ -	€ 5.500	€ -	€ -	€ -	€ 5.500	€ -	€ 5.500
101	101	Asi Roma A	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
102	102	Asi Roma B	€ 147.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 147.000	€ -	€ 147.000
102	267	Ospedale Sandro Pertini (RM B)	€ -	€ 22.000	€ 11.032	€ 500	€ -	€ 33.532	€ -	€ 33.532
102	165	Policlinico Caslino (RM B)	€ -	€ 16.500	€ 19.608	€ -	€ 3.000	€ 39.108	€ -	€ 39.108
103	103	Asi Roma C	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
103	058	Ospedale C.T.O. (RM C)	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 9.900	€ 9.900	€ -	€ 9.900
103	066	Ospedale Sant'Eugenio (RM C)	€ -	€ 5.500	€ -	€ 4.500	€ 11.700	€ 21.700	€ -	€ 21.700
104	104	Asi Roma D	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
104	061	Ospedale Giovan Battista Grassi (RM D)	€ -	€ 38.500	€ 51.106	€ 500	€ 1.200	€ 91.306	€ -	€ 91.306
105	105	Asi Roma E	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
105	026	Ospedale Santo Spirito (RM E)	€ -	€ 16.500	€ 11.032	€ 5.500	€ 6.300	€ 36.332	€ -	€ 36.332
105	180	Aurelia Hospital (RM E)	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.700	€ 2.700	€ -	€ 2.700
106	106	Asi Roma F	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
106	045	Ospedale Civitavecchia (RM F)	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
107	107	Asi Roma G	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
107	053	Ospedale Tivoli (RM G)	€ -	€ -	€ -	€ 3.500	€ -	€ 3.500	€ -	€ 3.500
107	052	Ospedale Subiaco (RM G)	€ -	€ -	€ -	€ 500	€ -	€ 500	€ -	€ 500
107	046	Ospedale Colliferro (RM G)	€ -	€ -	€ -	€ 3.500	€ -	€ 3.500	€ -	€ 3.500
108	108	Asi Roma H	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
108	043	Ospedale Anzio (RM H)	€ -	€ 5.500	€ -	€ 9.500	€ 2.100	€ 17.100	€ -	€ 17.100
108	054	Ospedale Velletri (RM H)	€ -	€ -	€ -	€ 1.500	€ 900	€ 2.400	€ -	€ 2.400
108	047	Ospedale Frascati (RM H)	€ -	€ -	€ -	€ 10.500	€ 300	€ 10.800	€ -	€ 10.800
108	044	Ospedale Albano (RM H)	€ -	€ -	€ -	€ 2.500	€ 2.700	€ 5.200	€ -	€ 5.200
108	176	INI Grottaferrata (RM H)	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 10.800	€ 10.800	€ -	€ 10.800
109	109	Asi Viterbo	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
109	271	Ospedale Beicolle (VT)	€ -	€ -	€ -	€ 10.500	€ 1.500	€ 12.000	€ -	€ 12.000
109	109	Civita Castellana (VT)	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 900	€ 900	€ -	€ 900
112	112	Asi Frosinone	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
112	216	Ospedale Fabrizio Spaziani (FR)	€ -	€ 22.000	€ -	€ 25.500	€ -	€ 47.500	€ -	€ 47.500
111	111	Asi Latina	€ 147.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 147.000	€ -	€ 147.000
111	200	Ospedale Santa Maria Goretti (LT)	€ -	€ 60.500	€ 49.923	€ 500	€ 1.200	€ 112.123	€ -	€ 112.123
111	206	Ospedale Formia (LT)	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
111	212	I.C.O.T.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 18.400	€ 18.400	€ -	€ 18.400
110	110	Asi Rieti	€ 102.000	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 102.000	€ -	€ 102.000
110	019	Ospedale San Camillo (RI)	€ -	€ 5.500	€ -	€ 10.000	€ -	€ 15.500	€ -	€ 15.500
			€ 2.523.000	€ 1.540.000	€ 1.487.159	€ 287.000	€ 132.700	€ 5.969.859	€ 25.628.756	€ 31.598.616

Tab. 5 - Quota finalizzata per il finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività dei Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dall'insieme delle strutture del SSR

ASL	CODICE	STRUTTURA	CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE	FINANZIAMENTO 2015
103	066	Ospedale Sant'Eugenio	Centro grandi ustioni	€ 1.241.478
105	905	Policlinico Universitario non statale A. Gemelli	Centro antiveleni	€ 918.081
901	901	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini	Centro regionale di coordinamento e compensazione - si	€ 1.015.246
902	902	Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata	Innesti cornali - banca degli occhi	€ 332.976
906	906	Policlinico Universitario statale Umberto I	Screening neonatale	€ 1.725.517
906	906	Policlinico Universitario statale Umberto I	STEN - Servizio Trasporto Emergenze Neonatali	€ 2.233.705
906	906	Policlinico Universitario statale Umberto I	Fibrosi cistica	€ 1.772.437
906	906	Policlinico Universitario statale Umberto I	Centro antiveleni	€ 283.750
908	908	I.R.C.C.S. IFO	Banca regionale tessuto muscolo scheletrico	€ 1.706.576
000	000	Spesa accentrata regionale	Centro regionale trapianti	€ 1.500.000
			TOTALE	€ 12.729.765

Tab. 6 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per l'attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive						
ASL	CODICE	STRUTTURA	Medici	Infermieri	Assistenti Socio Sanitari	FINANZIAMENTO 2015
111	200	Santa Maria Goretti - P.O. Latina Nord	6	3	1	€ 1.238.300
109	271	Belcolle	3	2	1	€ 677.150
105	905	Policlinico A. Gemelli	3	2	1	€ 677.150
906	906	Policlinico Umberto I	3	2	1	€ 677.150
918	918	INMI Lazzaro Spallanzani	10	14	4	€ 2.769.500
		TOTALE	25	23	8	€ 6.039.250

Tab. 7 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi al sistema di allarme sanitario - attivazione e gestione del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive							
ASL	CODICE	STRUTTURA	Medici	Infermieri	Statistiche	Amministrativi	FINANZIAMENTO 2015
918	918	INMI - Lazzaro Spallanzani	5	2	4	2	€ 773.092

Tab. 8 - Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all'assistenza dei casi di neoplasie rare									
ASL	CODICE	STRUTTURA	Medici	Infermieri	Terapisti	Assistenti Sociali	Psicologi	Amministrativi	FINANZIAMENTO 2015
908	908	IRCCS - IFO Regina Elena/San Gallicano	2	5	3	1	2	1	€ 515.775

ALLEGATO A

CRITERI DI DETERMINAZIONE DEL FINANZIAMENTO DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI CONNESSE AI PROGRAMMI DI ASSISTENZA DI CUI ALL'ART. 8 SEXIES D. LGS. 502/1992

1 - Finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza e finanziamento dei maggiori costi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie erogate da strutture caratterizzate da un'elevata complessità organizzativa

Sulla base della proposta dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (A.ge.na.s.), è stato definito il finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza. Il finanziamento valorizza i fattori produttivi predefiniti a costi standard per accesso netto¹ (al netto dei ricavi da accesso per codice bianco) e assegna l'ulteriore quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie erogate da strutture caratterizzate da un'elevata complessità organizzativa.

Il finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza viene assegnato a:

- DEA di I livello;
- DEA di II livello;
- Pronto Soccorso con un numero di accessi netti superiori a 20.000²;
- Pronto Soccorso Specialistici.

Tale finanziamento è volto a remunerare:

- il costo della dotazione standard di personale addetto al PS/DEA (dotazione fissa) calcolata in base al ruolo della struttura all'interno della rete dell'emergenza (DEA di I e di II livello, PS e PS Specialistici) e alla dimensione programmata o storica degli accessi;
- i costi diretti della struttura (consumi sanitari, utenze, costi alberghieri etc.);
- il ribaltamento dei costi generali.

Inoltre si precisa che per i DEA di I e di II livello, il finanziamento remunera anche il costo della dotazione standard dei medici consulenti dedicati, valorizzando il tempo dedicato al PS.

Il costo della dotazione standard di personale addetto al PS/DEA è stato determinato come di seguito descritto.

¹ Esclusi gli accessi relativi al "paziente non risponde a chiamata" e al "paziente si allontana".

² In coerenza con quanto indicato nel D.M. Salute 02 aprile 2015, n. 70 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"), che prevede, tra l'altro, che "La funzione di pronto soccorso è prevista per un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità".

Figura 1:

- Determinazione della dotazione di personale infermieristico e medico, differenziato a seconda del ruolo della struttura all'interno della Rete, sulla base del tempo medio per accesso netto (escludendo gli accessi relativi al "paziente non risponde a chiamata" e al "paziente si allontana"). Sono stati considerati gli accessi netti al 31.12.2014 risultanti all'Area Servizio Informativo Sanitario. I tempi medi per accesso - di seguito riportati - e il monte orario annuale pari a 1454 ore (con un incremento del 10% per tenere conto di un coefficiente di produttività) sono stati definiti da AGENAS nelle "Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento dei servizi di emergenza e urgenza".
- Determinazione della dotazione di operatori socio sanitari in misura pari al 30% della dotazione di personale infermieristico come sopra riportato;
- Determinazione del personale amministrativo pari a 3 unità per i DEA di I livello e 6 unità per i DEA di II livello;

Fig. 1 – Dimensionamento del personale

Ruolo nella Rete	Medico tm accesso (minuti)	Infermiere tm accesso (minuti)	Operatore Socio Sanitario	Assistente Amministrativo
DEA II livello	24	56	30% dotazione personale infermieristico	6 unità
DEA I livello	24	52	30% dotazione personale infermieristico	3 unità
Pronto Soccorso	24	48	30% dotazione personale infermieristico	-

- Determinazione della dotazione di personale medico consulente. Limitatamente ai DEA di I e II livello, determinazione della dotazione dei medici consulenti, sulla stima del tempo medio da dedicare ad ogni accesso, tenuto conto delle visite rilevate nel 2013:
 - n. 0,9 visite per accesso nei DEA di I livello;
 - n. 1 visita per accesso nei DEA di II livello.

Di seguito si riportano i tempi medi per accesso dei medici consulenti distinti per DEA di I e di II livello (fig. 2).

Fig. 2 - Dimensionamento dei consulenti medici

Ruolo nella Rete	N. visite per accesso	Tempo medio visita (minuti)	Consulenti medici tm accesso (minuti)
DEA II livello	1	20	20
DEA I livello	0,9	20	18

La metodologia sopra descritta viene utilizzata per determinare il costo della disponibilità dei medici consulenti e del servizio di attesa e non per remunerare le prestazioni rese.

La valorizzazione della dotazione organica del personale e il costo dei consulenti medici vengono calcolati sulla base del costo medio del personale così come definito nel rapporto STEM 2012 e di seguito riportato (fig. 3):

Fig. 3 - Costo standard nazionale per profilo professionale, STEM 2012

Profilo Professionale	Costo medio annuo
Medico e consulente medico	114.000 €
Infermiere professionale	45.000 €
Operatore socio sanitario	35.000 €
Assistente amministrativo	37.000 €

Gli altri costi vengono determinati in misura pari al:

- 19% dei costi del personale (dotazione fissa di personale e consulenti medici) per la quantificazione dei costi diretti;
- 38% dei costi del personale per la quantificazione dei costi generali.

Il costo medio ad accesso (fig. 4), infine, viene determinato a seconda del Ruolo delle strutture all'interno della Rete. Il costo medio ad accesso viene calcolato dividendo i costi totali³ come sopra determinati per il numero di accessi netti.

³ Σ costo della dotazione fissa di personale, costo dei consulenti medici, costi diretti e costi generali.

Fig. 4 - Costo medio ad accesso per Ruolo nella Rete

Ruolo nella Rete	Costo medio per accesso
DEA II Livello	176,07 €
DEA I Livello	161,57 €
Pronto Soccorso Specialistico	133,01 €
Pronto Soccorso	120,61 €

Il procedimento descritto, che porta alla determinazione di un costo medio per le quattro tipologie di Ruolo nella Rete di Emergenza, è stato utilizzato esclusivamente per determinare il finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza. Tale finanziamento⁴, pertanto, non rappresenta un corrispettivo delle prestazioni effettivamente rese, ma una remunerazione a corpo, che tiene conto delle caratteristiche di un servizio di attesa e del ruolo previsto all'interno della Rete dell'Emergenza.

Si precisa, infine, che gli standard utilizzati sono esclusivamente finalizzati a determinare il modello di calcolo dei costi e non comportano variazione negli standard previsti dalla normativa vigente in materia di accreditamento.

Il finanziamento dei maggiori costi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie erogate da strutture caratterizzate da un'elevata complessità organizzativa, invece, viene riconosciuto alle strutture che registrano un indice di dispersione superiore al 90%.

La quota di finanziamento viene stabilita come di seguito descritto:

- Differenziazione delle strutture in base al numero di casi Ordinari ad Alta e Media Complessità (ottenuti escludendo i DRG "potenzialmente inappropriati"), corretti con l'indice di dispersione specialistica (IDS) calcolato su 417 DRG, distinti in 84 di alta complessità e 333 di media complessità;
- Attribuzione della quota di finanziamento (complessivamente pari ad euro 40.000.000) alle strutture che registrano un indice di dispersione superiore al 90%.

1 bis - Remunerazione per le prestazioni di diagnostica, di laboratorio e delle visite mediche, erogate sugli accessi non seguiti da ricovero (PS)

Il finanziamento di cui alla tab. 1-bis remunera:

- le prestazioni di diagnostica strumentale nei PS/DEA;

⁴ Il finanziamento è stato calcolato valorizzando il numero degli accessi netti 2014 moltiplicati per il costo medio individuato per classe di erogatore, al netto dei ricavi derivanti dalla compartecipazione alla spesa (ticket).

- le prestazioni di laboratorio nei PS/DEA;
- le visite mediche nei PS/PSS

erogate sugli accessi non seguiti da ricovero.

La valorizzazione delle visite effettuate dai consulenti medici presso i Pronto Soccorso e i Pronto Soccorso Specialistici è stata effettuata sulla base del costo medio determinato da Agenas, così come riportato nella figura 5.

Fig. 5 - Costo medio dei consulenti medici per accesso

Ruolo nella Rete	N. visite per accesso non seguite da ricovero	Costo medio per visita	Costo medio per accesso non seguito da ricovero
Pronto Soccorso Specialistico	0,7	12 €	8 €
Pronto Soccorso	0,9	18 €	16 €

Il costo medio per accesso viene moltiplicato per il numero degli accessi delle singole strutture non seguiti da ricovero.

Si ribadisce, inoltre, che le consulenze svolte all'interno dei DEA di I e di II livello sono configurate come fattori produttivi.

La quota di finanziamento riconosciuta a rimborso delle prestazioni di diagnostica e di laboratorio erogate ai pazienti di PS/DEA per gli accessi non seguiti da ricovero, è stata determinata sulla base di una tariffa media dei servizi diagnostici e degli esami di laboratorio individuata sulla base della proposta Agenas.

La proposta di “*Remunerazione delle prestazioni di diagnostica e di laboratorio erogate sugli accessi non seguiti da ricovero*”, presentata da Agenas con nota prot. n. 419182 del 21 luglio 2014, individuava il tariffato medio dei servizi diagnostici e di laboratorio erogati nella Regione Lazio nel 2013 per un importo pari a:

- 55,19 euro per i DEA di II Livello.
- 49,65 euro per i DEA di I Livello;
- 41,58 euro per i PS;
- 18,67 euro per i PS Specialistici.

Le prestazioni erogate nei PS/DEA per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio sono effettuate in urgenza e non in erogazione programmata.

Erogare prestazioni in urgenza comporta il maggior costo riferito a:

- Costo del servizio di attesa collegato alla presenza h 24 di personale (medico e tecnico);
- Maggior costo del materiale di consumo per prestazioni effettuate singolarmente (in particolare per analisi di laboratorio).

La metodologia Agenas, tenuto conto dell'erogazione di tali esami in regime di emergenza con costi maggiormente elevati rispetto alla stessa tipologia di esame effettuata in "erogazione programmata", prevede l'incremento del 100% del tariffato medio della Regione Lazio per le prestazioni di diagnostica e di laboratorio erogate nel 2013 (fig. 6).

Fig. 6 - Costo medio per esami diagnostici e analisi di laboratorio per prestazione erogata

Ruolo nella Rete	Tariffa prestazioni diagnostiche e di laboratorio
DEA II Livello	110,38 €
DEA I Livello	99,30 €
Pronto Soccorso	83,16 €
Pronto Soccorso Specialistico	37,34 €

La rideterminazione delle tariffe rispetto all'anno 2014, così come riportate nella fig. 6, sono il risultato di un processo progressivo e graduale che la Regione Lazio ha intrapreso con l'adozione di un modello innovativo nell'anno 2014. La Regione Lazio, tenuto conto che la metodologia proposta da Agenas è stata introdotta in corso d'anno (2014) e ha un forte carattere innovativo, ha stabilito di introdurre gradualmente il modello al fine di garantire la continuità dell'efficacia della rete delle emergenza. Tale tariffa media moltiplicata per il numero degli accessi non seguiti da ricovero e detratta la quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) ha determinato la quota di finanziamento per le prestazioni diagnostiche, di laboratorio e di visite mediche delle singole strutture.

Il finanziamento della tabella 1bis è presuntivo in quanto è soggetto a verifica; tale finanziamento è stato, infatti, determinato tenendo conto del numero degli accessi non seguiti da ricovero eseguiti nell'anno 2014 e tali prestazioni saranno remunerate a consuntivo sulla base del numero di accessi effettivamente eseguiti nel 2015, al netto dei ricavi derivanti dalla compartecipazione alla spesa (ticket).

Il finanziamento di cui alla tabella 1 bis, la cui remunerazione dovrà essere verificata a consuntivo, non potrà comunque superare il medesimo finanziamento assegnato con DCA n. U00265/2014, fermo restando che la Regione si riserva, sulla base del monitoraggio del volume degli accessi rilevati, di adottare per gli anni successivi misure di contenimento della spesa.

Il finanziamento riconosciuto con la tabella 1bis "Remunerazione forfettaria per le prestazioni di diagnostica di laboratorio e di visite mediche erogate sugli accessi non seguiti da ricovero", va registrato nelle voci di conto economico "Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - da privato" e "Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - da pubblico". Il finanziamento di cui al presente provvedimento non si riferisce alle prestazioni

OBI poiché tali prestazioni vengono remunerate con la specifica tariffa prevista dalla normativa vigente.

Remunerazione prestazioni eseguite a cittadini residenti fuori Regione (mobilità attiva)

Per quanto riguarda 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 2015 sono quelle riportate nella figura n. 7⁵.

Fig. 7 - Tariffa complessiva per prestazioni erogate a cittadini non residenti nel Lazio

Ruolo nella Rete	Tariffa
DEA II Livello	286,45 €
DEA I Livello	260,87 €
Pronto Soccorso	219,77 €
Pronto Soccorso Specialistico	178,35 €

Tali tariffe verranno applicate per la valorizzazione delle prestazioni eseguite a favore di cittadini residenti in altre Regioni e compensate in sede di mobilità sanitaria, esclusivamente nell'ambito dei rapporti tra le Regioni.

2 - Finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche

Il finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi d'attesa connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e delle unità coronariche viene assegnato alle strutture con posti letto di Terapia Intensiva, UTIC e TIN. Di seguito si rappresentano i criteri utilizzati:

- Individuazione delle strutture con posti letto di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronarica;
- Selezione e differenziazione delle strutture con posti letto di terapia intensiva, terapia intensiva neonatale e unità coronarica anno 2014, così come risultanti dal DCA 265/2014;
- Individuazione del ruolo della struttura all'interno della rete di emergenza urgenza (*Area Programmazione Rete Ospedaliera*);
- Individuazione del numero dei posti letto equivalenti determinato sulla base delle giornate di degenza (*Area Servizio Informativo Sanitario*), considerando un tasso di occupazione standard dell'85%;

⁵ Sommando i valori della fig. 4, fig. 5 e fig. 6.

- Individuazione del dimensionamento delle risorse umane, distinto per tipologia di assistenza (terapia intensiva, terapia intensiva coronarica e terapia intensiva neonatale) tenendo conto dei posti letto equivalenti e valorizzazione economica;
- individuazione dei costi diretti e dei costi generali;
- individuazione della quota di finanziamento al netto della stima dei ricavi calcolata valorizzando la quota parte della tariffa dei DRG che si riferisce alle giornate in transito nelle terapie intensive.

Dimensionamento del personale in Terapia Intensiva (fig.8)

Il dimensionamento del personale in Terapia Intensiva viene calcolato:

- per i medici, in base alla dotazione di posti letto con classi crescenti per due posti letto (equivalenti come sopra determinati);
- per gli infermieri coordinatori sulla base dei moduli attivati con il limite di una dotazione media di sei posti letto;
- per gli infermieri, applicando il rapporto infermiere/paziente variabile da 1:2 a 1:3 correlato alla complessità assistenziale dei casi trattati. Si definiscono cinque diverse fasce di assistenza infermieristica i cui estremi sono:
 - bassa complessità assistenziale e quindi un rapporto infermiere/paziente pari a 1:3;
 - alta complessità assistenziale e quindi un rapporto infermiere/paziente pari a 1:2.
- per gli Operatori Socio Sanitari, il numero viene rapportato alla dotazione di posti letto.

Fig. 8 - Dimensionamento del personale in terapia intensiva

Posti letto	Medici		Infermieri professionali					Operatori Socio Sanitari	
	PS - DEA I liv.	DEA II liv.	Coordinatori	1 : 2	1 : 2,25	1 : 2,5	1 : 2,75		1 : 3
4	6	-	-	11	10	9	8	8	4
5 - 6	7	-	1	16	14	13	12	11	4
7 - 8	8	12	1	21	19	17	15	14	6
9 - 10	10	14	1	26	23	21	19	17	8
11 - 12	12	16	1	31	28	25	23	21	10
13 - 14	14	18	1	36	32	29	26	24	12
15 - 16	16	20	1 - 2	41	36	33	30	27	14
17 - 18	18	22	1 - 2	46	41	37	33	31	16
19 - 20	20	24	2 - 3	50	45	41	37	34	18
27 - 28	28	32	3 - 4	70	63	57	51	47	26
29 - 30	30	34	3 - 4	85	67	61	55	50	28
43 - 44	44	48	4 - 5	109	98	89	80	74	42
49 - 50	50	54	5	124	111	101	91	83	48
55 - 56	56	60	6 - 7	139	124	113	102	93	54

Dimensionamento del personale in Unità Terapia Intensiva Cardiologica (*fig. 9*)

Il dimensionamento del personale in Unità Terapia Intensiva Cardiologica viene calcolato:

- per i medici, in base alla dotazione di posti letto con classi crescenti per due posti letto;
- per i medici di guardia in base al fabbisogno sull'arco di 16 ore/giorno e di una ripartizione dell'impegno per il 50% per U.T.I.C. e restante 50% per altra attività nel presidio;
- per gli infermieri tenendo conto di un rapporto infermiere/paziente stabilito a 1:3, dotazione minima della terapia intensiva;
- per gli Operatori Socio Sanitari, il numero viene rapportato alla dotazione di posti letto.

Fig. 9 - Dimensionamento del personale in unità di terapia intensiva coronarica

Posti letto	Medici		Infermieri professionali		Operatori Socio Sanitari
	Medici	Guardie	Coordinatori	Infermieri	
4	2	2	1	8	4
5 - 6	4	2	1	11	4
7 - 8	4	2	1	14	6
9 - 10	6	2	1	17	8
11 - 12	8	2	1	21	10
13 - 14	10	4	2	24	12
29 - 30	26	6	3	50	28

Dimensionamento del personale in Terapia Intensiva Neonatale (*fig. 10*)

Il dimensionamento del personale in Terapia Intensiva Neonatale viene calcolato:

- per i medici, in base alla dotazione di posti letto con classi crescenti per due posti letto;
- per gli infermieri tenendo conto di un rapporto infermiere/paziente stabilito a 1:2, dotazione massima della terapia intensiva;
- per gli Operatori Socio Sanitari, il numero viene rapportato alla dotazione di posti letto.

Fig. 10 - Dimensionamento del personale in terapia intensiva neonatale

Posti letto	Medici	Infermieri Professionali	Operatori Socio Sanitari
4	6	11	4
5 - 6	7	17	8
7 - 8	8	23	10
9 - 10	9	29	12
11 - 12	10	35	14
21 - 22	15	65	24

Il costo del personale viene determinato valorizzando la dotazione organica come sopra descritta, sulla base del costo medio del personale così come definito nel rapporto STEM 2012 (v. fig. 3). Gli altri costi, diretti e generali, vengono determinati in misura pari al:

- 61% dei costi del personale per la quantificazione dei costi diretti;
- 35% dei costi del personale per la quantificazione dei costi generali.

Successivamente, viene effettuata la valorizzazione economica dei DRG transitati in terapia intensiva, terapia intensiva coronarica e terapia intensiva neonatale (*Area Servizio Informativo Sanitario*).

È stato calcolato il ricavo medio giornaliero derivante dai DRG che ricomprendono giornate di degenza trascorse in terapia intensiva, TIC e UTIC. Tale ricavo medio è stato calcolato dividendo il ricavo complessivo per le giornate di degenza totali della singola struttura. Il ricavo medio giornaliero viene poi moltiplicato per le giornate di degenza trascorse in terapia intensiva.

Viene determinato il costo medio per posto letto calcolando, per singola tipologia, la differenza tra costi complessivi e ricavi complessivi (relativi alla quota di ricavo dei DRG che ricomprendono giornate di degenza trascorse in terapia intensiva, TIC e UTIC) diviso il numero dei posti letto equivalenti.

Fig. 11 - Costo medio annuo a posto letto, distinto per tipologia di terapia intensiva

Tipologia Terapia Intensiva	Costo medio annuo posto letto
Terapia Intensiva	287.899 €
Unità Terapia Intensiva Coronarica	236.260 €
Terapia Intensiva Neonatale	324.348 €

Tale costo medio (figura 11) è stato moltiplicato per il numero dei posti letto equivalenti, determinando il finanziamento della tabella 2 per ciascuna struttura.

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

Con il termine Malattie Rare si indicano quelle condizioni la cui prevalenza nella popolazione è inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti. Sono condizioni eterogenee, molto numerose (l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha calcolato l'esistenza di circa 8.000 malattie rare conosciute e diagnosticate) e rappresentano un problema di sanità pubblica per il forte impatto sulla popolazione: infatti si stima che esista un paziente con malattia rara ogni 200 abitanti. In Italia ci sarebbero dai 450.000 ai 600.000 malati rari. Nell'ultimo decennio si è preso atto della portata delle Malattie Rare che sono divenute obiettivi prioritari di rilevanza nazionale (legge n.279/2001).

Nel concetto di rarità sono insite le problematiche diagnostiche e assistenziale che la rarità comporta: la difficoltà ad essere diagnosticate, la complessità di approccio, la cronicità, l'onerosità del trattamento e della gestione che si traduce in tempi lunghi per la diagnosi, necessità di un approccio multidisciplinare coordinato, necessità di un approccio multisettoriale, necessità di un approccio multidimensionale.

Il primo elemento che identifica le Malattie Rare è quasi sempre rappresentato dalla cronicità. L'intervento terapeutico assistenziale si prolunga nel tempo e rende indispensabile l'identificazione di un Centro/Medico referente che permetta un'assistenza integrata per tutti i bisogni del paziente. Un secondo elemento che caratterizza le Malattie Rare è il coinvolgimento di molti organi e funzioni ovvero la multisistemicità, che comporta il necessario contributo di numerosi specialisti. Questo può essere realizzato essenzialmente in quelle strutture in grado di garantire un'assistenza multi-specialistica di alto livello e di prevedere un approccio multidisciplinare coordinato al fine di stabilire le diverse priorità degli interventi, rendendo il processo assistenziale sostenibile per il paziente e la sua famiglia.

Tutte le strutture finanziate hanno un ambulatorio dedicato alla presa in carico del paziente; i pazienti (per lo più malati cronici) chiedono un primo appuntamento per verificare le proprie condizioni mediante diverse modalità.

I professionisti collocati in tale ambulatorio verificano, attraverso una prima visita, la presenza o

meno di una malattia rara nel paziente effettuando anche analisi e ricerca di casi simili nel mondo. Qualora il paziente risulti affetto da una delle Malattie Rare, i professionisti costruiscono un percorso per lo svolgimento delle diverse visite o esami da effettuare, agevolando in tal modo il paziente stesso, mediante un filtro che viene effettuato grazie ad altri operatori (medici, biologi, infermieri, etc.) che lavorano all'interno delle unità operative interessate. Gli specialisti, collocati nell'ambulatorio Malattie Rare continuano a seguire tutti i pazienti individuati come affetti da Malattie Rare nel *follow-up*.

Il finanziamento riconosciuto pertanto remunera i costi dei fattori produttivi (personale impiegato direttamente all'interno di ambulatori dedicati e personale collocato presso altre Unità Operative che fa da intermediario per le attività da erogare presso le proprie Unità Operative). Tale finanziamento non remunera né le singole visite mediche (perché coperte da ticket o da esenzioni) né le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario e/o diurno poiché coperti da tariffa DRG. Per la definizione del finanziamento sono stati rilevati i costi sostenuti nel 2013, i ricavi registrati nel 2013 e le attività erogate nel 2013 da ciascuna singola struttura; sono stati, altresì, individuati il numero di presidi e di utenti trattati nel 2014 da ciascuna struttura (*Area Programmazione Rete Ospedaliera*).

La rilevazione dei costi e dei ricavi è stata effettuata attraverso la compilazione di un *format* predefinito dalla Regione che aveva l'obiettivo non solo di rendicontazione ma anche di armonizzazione dei costi e dei ricavi, al fine di poter comparare le singole voci.

Le voci di costo riguardano il personale, distinguendone il ruolo professionale (ruolo sanitario medico e infermieri, ruolo professionale, ruolo tecnico e ruolo amministrativo), i costi direttamente imputabili alle attività (beni sanitari, beni non sanitari, servizi sanitari, servizi non sanitari, manutenzioni) ed i costi generali oggetto di ribaltamento (funzioni amministrative, costi generali quali assicurazioni, vigilanza, pulizia, etc.).

Il finanziamento alle singole strutture è stato determinato come di seguito esposto:

- Calcolo dei costi sostenuti;
- Calcolo del valore della produzione;
- Calcolo del finanziamento per singola struttura sottraendo al valore dei costi il valore della produzione.

Il finanziamento alle strutture che non hanno trasmesso, entro i termini stabiliti, la rendicontazione dei costi e dei ricavi (Ospedale Sant'Eugenio, Ospedale Oftalmico, A.O. San Camillo-Forlanini), è stato calcolato applicando una decurtazione pari al 2% del finanziamento assegnato nel 2013.

Il finanziamento per costi connessi ai programmi di Trattamento delle Malattie Rare, dall'anno 2015, viene riconosciuto anche all'Ospedale San Carlo di Nancy il quale, così come rilevato dal registro delle malattie rare, tratta pazienti affetti da cistite interstiziale. Il finanziamento è stato determinato sulla base del costo medio *standard* regionale.

4 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamenti delle donazioni di organi e tessuti, per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per l'attività di trapianto di organi e tessuti

La valorizzazione del finanziamento per tale funzione assistenziale si basa su:

- A. la rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle attività svolte dalle singole strutture sede di donazione di organi poi trapiantati rese disponibili dal *Centro Regionale Trapianti*;
- B. l'individuazione della dotazione delle risorse umane (*Centro Regionale Trapianti*);
- C. l'individuazione del costo standard del personale (rapporto STEM 2012);
- D. la valorizzazione della funzione dei centri di coordinamento per i trapianti d'organo e di tessuti.

Le linee di attività per le quali viene assegnato il finanziamento sono le seguenti:

- I) Finanziamento del centro di coordinamento delle donazioni di organi e tessuti;
- II) Finanziamento per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organi e tessuti;
- III) Finanziamento dei trapianti di organi e tessuti effettuati.

I) Finanziamento del centro di coordinamento delle donazioni di organi e tessuti

La Legge n. 91 del 1 aprile 1999 avente ad oggetto "*Disposizione in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti a scopo di trapianto*" ha disciplinato il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui è stata accertata la morte ai sensi della legge n. 578 del 29 dicembre 1993 e ha regolamentato le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di organi.

Le attività per le quali viene assegnato il finanziamento riguardano la promozione, l'informazione, l'educazione e la crescita culturale della popolazione in materia di trapianti svolte sul territorio di competenza, nonché il processo di collegamento tra potenziali donatori, donatori effettivi di organi e tessuti e le Unità Operativa Complesse impegnate nelle operazioni di trapianti di organi e tessuti.

Il finanziamento viene determinato attraverso l'analisi della dotazione del personale in funzione:

- del ruolo nella rete di emergenza e urgenza e della complessità assistenziale (DEA di II livello). In questo caso la dotazione di personale necessaria è pari a n. 0,5 medici e n. 3 infermieri;
- del ruolo nella rete di emergenza e urgenza e della complessità assistenziale (DEA I livello) ma che presentano caratteristiche assistenziali (presenza di U.O.C. Neurochirurgia, ruolo di Hub nella Rete dell'Ictus) e che hanno presentato una maggiore capacità attrattiva delle donazioni di organi e tessuti. In questo caso la dotazione di personale necessaria è pari a n. 0,5 medici e n. 2 infermieri;
- della presenza di un proprio coordinamento aziendale per le donazioni di organi e tessuti. In questo caso la dotazione di personale necessaria è pari a n. 0,5 medici e n. 1 infermiere.

Tale dotazione organica è stata successivamente valorizzata sulla base del costo medio del personale così come definito nel rapporto STEM 2012 (v. fig. 3).

II) Finanziamento per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organi e tessuti

Il finanziamento per l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organi e tessuti viene determinato sulla base dei costi sostenuti che, per completezza, vengono di seguito descritti.

Quota per segnalazione soggetti in morte encefalica - L. 578/1993

L'accertamento di morte encefalica del paziente avviene 6/8 ore post-morte durante le quali è comunque necessaria una assistenza; dopo aver effettuato la diagnosi ed aver redatto il certificato attestante la morte, il corpo del deceduto deve rimanere ulteriori 12 ore in osservazione. Durante il periodo di osservazione vengono effettuati i prelievi, vengono scelte le equipe, vengono assegnati gli organi ed i tessuti ai pazienti riceventi.

Per le attività sopra descritte, il centro trapianti del Lazio, ha definito un costo medio pari ad euro 5.500. Il costo medio viene calcolato considerando i costi relativi all'assistenza del personale post-diagnosi di morte cerebrale, gli esami che dovranno essere effettuati sul corpo del defunto, i trasporti dell'equipe, il trasporto dei campioni, la remunerazione dei costi dell'equipe (che, tra l'altro, si occupa della validazione alla donazione e della verifica della funzionalità degli organi o dei tessuti basandosi anche sugli esami effettuati e sulla cartella clinica). Per tali attività, per le motivazioni sopra esposte, è stato definito un costo medio pari ad euro 5.500, atto a sostenere i costi relativi all'assistenza clinica post-diagnosi di morte cerebrale (occupazione posto letto, assistenza, mantenimento, esami diagnostici che deve sostenere il defunto, trasporto dei campioni verso i laboratori e le anatomie patologiche di riferimento). Tale quota è stata successivamente moltiplicata per il numero di soggetti in morte encefalica, determinando la quota parte di finanziamento.

Quota per donatore di organo, in funzione della difficoltà di reperimento dell'organo

La TUC prevede il rimborso di € 2.957,52 per la copertura di costi relativi all'osservazione, al prelievo e al trasporto dell'organo, qualora le fasi di osservazione, prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto (Accordo Interregionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria). Il Centro Regionale Trapianti del Lazio ha proposto di quantificare con lo stesso importo (2.957,52 euro) le attività inerenti il prelievo di un organo se trapiantato da un centro del Lazio, al fine di remunerare i costi diretti ed indiretti relativi alla camera operatoria, ad eventuali esami istologici estemporanei ed ai trasporti di organi (*attualmente a carico del centro di donazione*). Il Centro Regionale Trapianti del Lazio, al fine di incentivare le donazioni degli organi toracici, anche alla luce del numero esiguo di donazioni effettuate, ha definito un coefficiente che tiene conto della difficoltà di reperimento dell'organo:

- Rene 0,76;
- Fegato 1,45;
- Cuore 5,00;
- Polmone 5,00.

L'importo di euro 2.957,52 euro è stato successivamente moltiplicato per il valore difficoltà di ciascun organo e moltiplicato per il numero di organi donati nel 2014, determinando la quota parte di finanziamento.

Quota per donatore di tessuti oculari

In caso di decesso in ospedale, una equipe medica valuta la possibilità che il defunto diventi donatore di tessuto oculare. La valutazione si basa sull'analisi della cartella clinica del paziente e sulla verifica degli esami diagnostici effettuati. Qualora l'equipe stabilisca che il defunto possa diventare donatore, viene svolta l'attività di *procurement*, rintracciando i familiari, acquisendo diverse informazioni sia sul defunto che sulla famiglia stessa, e viene attivata la banca degli occhi. Successivamente avviene l'espianto della cornea e viene ricomposta la salma. Non sempre, però, la donazione va a buon fine.

Tenuto conto dei fattori produttivi impegnati e della complessità dell'attività, è stata definita una quota per la copertura dei costi pari 500,00 euro per singolo donatore.

Tale importo è stato successivamente moltiplicato per il numero di soggetti donatori di tessuti oculari, determinando la quota parte di finanziamento.

Quota per donatore di tessuto muscolo-scheletrico

I protocolli per la donazione di tessuto muscoloscheletrico da donatore vivente prevedono il costante monitoraggio degli interventi di protesi dell'anca. Il monitoraggio viene effettuato al fine di individuare, in base ai dati clinici, il potenziale donatore e successivamente viene effettuato il colloquio con quest'ultimo per valutare la volontà di donare. In caso di volontà positiva viene completata la valutazione clinica ed avvisata la Banca del tessuto Muscoloscheletrico. Il prelievo viene effettuato durante l'intervento di artroprotesi e successivamente il Centro di donazione si occupa dell'invio alla Banca. I protocolli per la donazione di tessuti muscoloscheletrici da donatore cadavere, invece, prevedono il monitoraggio dei decessi avvenuti in ospedale, le attività di *procurement* (colloqui con i familiari, e valutazioni cliniche) e l'intervento di prelievo, che può durare anche 7-8 ore, presso la camera operatoria del centro di donazione.

La valorizzazione media della donazione di tessuto osseo da donatore vivente portata a buon fine, tenendo conto dei fattori produttivi impiegati, è pari a 300,00 euro per singola donazione. Tale importo è stato successivamente moltiplicato per il numero di donazioni di tessuto osseo da donatore vivente, determinando così la quota di finanziamento da attribuire all'Azienda sede del centro di donazione. La valorizzazione media della donazione di tessuto muscoloscheletrico da donatore cadavere portata a buon fine, tenendo conto dei fattori produttivi impiegati e in particolare dei costi legati alla camera operatoria, è pari a 3.000,00 euro per singola donazione. Tale importo è stato successivamente moltiplicato per il numero di donazioni di tessuto muscoloscheletrico da donatore cadavere, determinando così la quota di finanziamento da attribuire all'Azienda sede del centro di donazione.

III) Finanziamento dei trapianti di organi e tessuti

Quota per trapianti di organo - fegato/rene

Il centro Regionale Trapianti del Lazio, sulla base dei costi sostenuti nel 2013 dalle strutture autorizzate ad eseguire trapianti di fegato, ha determinato il costo medio per il trapianto di fegato. Tale costo medio è stato moltiplicato per il numero di trapianti effettuati nel 2014 e, detratto il ricavo riconosciuto per tali prestazioni (DRG 480 fegato), ha definito la quota parte di finanziamento per i trapianti di fegato. La stessa procedura è stata utilizzata anche per i trapianti di rene.

Quota per trapianti di organo – midollo osseo

Il Centro Regionale Trapianti del Lazio ha provveduto alla valorizzazione del trapianto di midollo osseo autologo (trapianto di cellule staminali emopoietiche precedentemente prelevate allo stesso paziente) e di quello eterologo (trapianto al paziente di cellule staminali provenienti da un altro soggetto), attraverso l'analisi delle rendicontazioni dei costi.

Dall'analisi delle rendicontazioni pervenute da IFO, Asl di Latina e AO San Giovanni-Addolorata (strutture in cui si svolge esclusivamente il trapianto autologo), è stato determinato il costo medio per trapianto di midollo osseo di tipo autologo. Il costo medio del trapianto di midollo osseo di tipo autologo viene interamente coperto dalla remunerazione del DRG e, pertanto, non è stata assegnata la quota di finanziamento relativa a tale tipo di intervento.

Il costo medio del trapianto di midollo osseo eterologo, calcolato sulla base dei costi complessivi rendicontanti, è stato moltiplicato per il numero di interventi di trapianti effettuati nel 2014. La quota di finanziamento calcolata è stata determinata sottraendo da tale somma il ricavo riconosciuto dal DRG (481).

Quota per trapianti di organo – polmoni – cuore – pancreas

La quota di finanziamento per trapianti di polmone, cuore e pancreas è stata determinata sulla base del costo medio del trapianto di fegato moltiplicato per un fattore di correzione dato dal rapporto della tariffa DRG (polmone, cuore o pancreas) su tariffa DRG fegato. Tale fattore di correzione, quale *proxy* della struttura dei costi, viene utilizzato per stimare il costo medio del trapianto di polmone, cuore o pancreas.

5 - Quota finalizzata per il finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività dei Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie svolte dall'insieme delle strutture del SSR di cui al Decreto Commissariale n. 86 del 7 giugno 2012

I Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie, individuati con Decreto Commissariale n. 86 del 7 giugno 2012, svolgono prevalentemente le seguenti attività:

- Ruolo di capofila e funzioni di coordinamento a livello regionale nella materia trattata nei

- confronti di tutte le strutture operanti nel medesimo settore;
- supporto informativo, professionale ed operativo alle attività regionali inerenti il medesimo settore;
- raccolta, organizzazione e diffusione per le finalità del Servizio sanitario regionale di dati sanitari o rilevanti ai fini sanitari, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali e sensibili.

I Centri Regionali di Servizio a supporto delle attività sanitarie sono stati individuati in relazione alla presenza di specifici requisiti, tra cui:

- documentata esperienza con riferimento al settore di appartenenza;
- il possesso di adeguata dotazione strutturale e funzionale;
- l'adozione di percorsi finalizzati all'incremento della qualità;
- l'utilizzo di sistemi di valutazione dei processi e dei risultati attraverso idonei indicatori;
- l'interrelazione e scambio di informazioni con le altre strutture del SSN;
- la formazione e aggiornamento degli operatori.

Per la valorizzazione di tale funzione sono state utilizzate le rilevazioni dei costi sostenuti, dei ricavi registrati e delle attività svolte nel 2013 da ciascuna struttura.

La rilevazione dei costi e dei ricavi è stata effettuata attraverso la compilazione di un *format* predefinito dalla Regione, in modo da poter comparare le singole voci.

Le maggiori voci di costo inserite in tale *format*, in particolare, hanno riguardato:

- il personale, distinguendo il ruolo professionale sanitario (medico e infermieristico), ruolo tecnico e ruolo amministrativo;
- i costi direttamente imputabili alle attività (beni sanitari, beni non sanitari, servizi sanitari, servizi non sanitari, manutenzioni);
- i costi generali oggetto di ribaltamento (funzioni amministrative, costi generali quali assicurazioni, vigilanza, pulizia, etc.).

Il finanziamento per tale funzione è stato determinato sulla base delle informazioni contenute nel *format*, così come sopra specificato.

6 - Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi sostenuti per l'Assistenza connessa alle attività legate ai programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, ed in particolare alle attività legate all'assistenza dei casi di AIDS e alle persone HIV positive

La DGR n. 2550 del 9 aprile 1992 avente ad oggetto "*Piano di coordinamento delle attività del Servizio Sanitario della Regione Lazio in materia di infezioni HIV e AIDS ai sensi dell'art. 9 della Legge 135/1990*" ha definito i compiti che spettano ai Centri di Riferimento per l'assistenza in materia di infezioni HIV e AIDS e individuato i Centri di Riferimento a valenza multizonale (Policlinico Agostino Gemelli, Policlinico Umberto I, INMI Luigi Spallanzani, Ospedale Maria

Goretti di Latina e Ospedale Grande degli Infermi di Viterbo (Belcolle)).

Le attività svolte si suddividono in funzione dell'utenza e vengono di seguito specificate.

- Le attività svolte in favore del cittadino sono:
 - Attività in ambulatorio dedicato di prevenzione per la prima gestione e la presa in carico del paziente;
 - assistenza costante con offerta di consulenza specialistica (H24, 7/7 giorni) verso persone con specifica esposizione a rischio sia in ambito occupazionale che non;
 - consulenza specialistica ambulatoriale che non genera prestazioni fatturabili e che non dà luogo a ricoveri diurni o notturni;
 - specifiche iniziative rivolte al genere femminile (percorsi dedicati al *counseling* ed esecuzione degli esami per HIV e AIDS);
 - informazioni sulla gestione pre e post esposizione del possibile rischio di trasmissione di HIV alle donne partner di soggetti con infezioni da HIV;
 - offerta del test estesa di *routine* al partner maschile nell'ambito di una genitorialità consapevole.
- Le attività svolte per le istituzioni socio-sanitarie sono:
 - funzioni di coordinamento a livello regionale nei confronti di tutte le strutture operanti nel medesimo settore;
 - supporto informativo, professionale ed operativo alle attività regionali medesime;
 - raccolta, organizzazione e diffusione per le finalità del Servizio sanitario regionale, nel rispetto della normativa in materia di dati personali e sensibili, di dati sanitari o rilevanti ai fini sanitari.

La dotazione di personale dei Centri di Riferimento, riconosciuti con DGR n. 2550 del 9 aprile 1992 e DGR n. 992/1994, è stata valorizzata applicando il costo *standard* definito nel Rapporto STEM 2012.

La valorizzazione della dotazione di personale è stata incrementata, al fine di calcolare i costi diretti e indiretti, delle percentuali di seguito riportate:

- 15% per la quantificazione dei costi diretti;
- 30% per la quantificazione dei costi generali.

Il finanziamento per tale funzione è stato determinato sommando la valorizzazione della dotazione organica, i costi diretti ed i costi indiretti calcolati con la metodologia sopra descritta.

7 - Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi al sistema di allarme sanitario - attivazione e gestione del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Il Decreto del Commissario ad *acta* n. 314/2014 avente ad oggetto “Approvazione dello schema di Protocollo d’Intesa tra Regione Lazio e Istituto Nazionale Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” (INMI) per la costituzione di un Servizio Regionale per Epidemiologia, Sorveglianza e controllo

delle malattie infettive (SERESMI) presso l'INMI' individua le attività necessarie a contrastare la diffusione delle malattie infettive sul territorio regionale e i macro obiettivi che, per completezza, vengono di seguito riportate:

- attività volte al miglioramento della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive attraverso la gestione dei sistemi informativi specifici per le malattie infettive previsti dalla vigente normativa, garantendo, inoltre, l'integrazione con altri sistemi informativi sanitari;
- attività volte al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e alla tempestività nella risposta alle emergenze infettive che si verificano sul territorio regionale attraverso l'identificazione rapida degli eventi epidemici, la definizione delle adeguate misure di sanità pubblica, l'indirizzo e il coordinamento delle attività intraprese a livello aziendale;
- definizione dei programmi di prevenzione basati sulle evidenze scientifiche e percorsi operativi in grado di uniformare e omogeneizzare le attività dei Servizi territoriali competenti per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive.

Il Decreto del Commissario ad *acta* n. 314/2014 definisce, inoltre, la dotazione organica del personale individuando le singole figure professionali necessarie per lo svolgimento delle attività.

La dotazione di personale (n. 5 medici, n. 2 infermieri, n. 4 statistici, n. 2 amministrativi), è stata valorizzata applicando il costo *standard* definito nel Rapporto STEM 2012.

La valorizzazione della dotazione di personale è stata incrementata, al fine di calcolare i costi diretti e indiretti, delle percentuali di seguito riportate:

- 15% per la quantificazione dei costi diretti;
- 30% per la quantificazione dei costi generali.

Il finanziamento per tale funzione è stato determinato sommando la valorizzazione della dotazione organica, i costi diretti ed i costi indiretti calcolati con la metodologia sopra descritta.

La quota di finanziamento per il Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e Controllo delle Malattie Infettive (SERESMI) è stata riconosciuta a far data dal 1 giugno 2015, vista la nota trasmessa dall'INMI Lazzaro Spallanzani, prot. n. 2254/2015, con la quale è stata comunicata l'attivazione del Servizio epidemiologico.

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

Il modello di continuità assistenziale ospedale/territorio, validato dall'Istituto Regina Elena, offre un percorso assistenziale innovativo con presa in carico precoce di una patologia ad elevata complessità, che associa l'approccio palliativo alle cure oncologiche *standard* e offre prestazioni multi professionali (infermieristiche, mediche, psicologiche e riabilitative) a domicilio, durante tutto

il percorso di malattia.

Il processo di presa in carico del paziente segue delle procedure organizzative definite; tale processo viene avviato dalla segnalazione del caso da parte dell'Unità Operativa dell'IFO che ha in carico il paziente (attraverso fax, e-mail o segreteria telefonica) alla centrale operativa dell'assistenza continuativa che ha sede presso il reparto della UOSD di neurologia.

Tale percorso prevede:

- a) la valutazione preliminare dell'idoneità di segnalazione;
- b) il colloquio con pazienti e familiari;
- c) la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali;
- d) la definizione del piano assistenziale individuale e la segnalazione all'ASL di residenza.

Il modello proposto garantisce la continuità assistenziale per tutta la durata della malattia (la durata media di presa in carico di questa tipologia di pazienti è di 180 giorni) ed è caratterizzato dalla capacità di modulare l'intensità assistenziale sui reali bisogni del paziente nelle diverse fasi di malattia.

La quota di finanziamento è stata determinata sulla base della rendicontazione dei costi trasmessi dall'IFO per la remunerazione del personale (n. 2 medici, n. 5 infermieri, n. 3 terapisti, n. 1 assistente sociale, n. 2 psicologi, n. 1 amministrativo).

La valorizzazione della dotazione di personale è stata incrementata, al fine di calcolare i costi diretti e indiretti, delle percentuali di seguito riportate:

- 15% per la quantificazione dei costi diretti;
- 30% per la quantificazione dei costi generali.

Il finanziamento per tale funzione è stato determinato sommando la valorizzazione della dotazione organica, i costi diretti ed i costi indiretti calcolati con la metodologia sopra descritta.

Rendicontazione

Il finanziamento di cui alle tabelle 3, 5, 6, 7 e 8, è soggetto a rendicontazione dei costi e dei ricavi che le strutture interessate sono obbligate a trasmettere entro e non oltre il 31 marzo 2016, utilizzando l'apposito *format* (Allegato B).

La Quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi di funzionamento dei Centri di Coordinamento per i Trapianti d'organo e per le attività di segnalazione dei potenziali donatori di organo e per le attività di trapianto di organo e tessuti è soggetta a rendicontazione dei costi, dei ricavi e delle attività effettivamente erogate nel corso del 2015 e le strutture interessate sono obbligate a trasmettere la rendicontazione al Centro Regionale Trapianti entro e non oltre il 28 febbraio 2016, utilizzando l'apposito *format* (Allegato C).

ALLEGATO B

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

ALLEGATO C

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

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

Attività erogata dal Centro di coordinamento		
Descrizione	Dati	Note
N° Decessi con Lesione Cerebrale in T.I. (Cod. 49)		
N° Segnalazioni PDO		
N° Donatori d'organo		
N° di Opposizione alla donazione di organi		
N° Decessi in Ospedale		
N° Donatori di Tessuti Oculari		
N° di Donatori cadavere di Tes. Muscolo-scheletrico		
N° interventi di artroprotesi dell'anca (Cod.8151 e 8152)		
N° di Donatori viventi di Tes. Muscolo-scheletrico		
N° Corsi di formazione ECM organizzati		
N° incontri di sensibilizzazione organizzati		

Attività erogata dal Centro Trapianti		
Descrizione (Rifer. anno 2015)	Dati	Note
N° posti letto dell'Unità Trapianti (UOC, UOSD)		
N° Trapianti d'organo		
N° Trapianti di cellule staminali allogeniche tra consanguinei		
N° Trapianti di cellule staminali allogeniche tra NON consanguinei		
N° di tutti gli interventi chirurgici eseguiti nella UOC di appartenenza		
Degenza media DRG Trapianti:		
Trapianto di rene DRG 302		
Trapianto di fegato DRG 480		
Trapianto di cuore DRG 103		
Trapianto di polmone DRG 495		
Trapianto di rene-pancreas DRG 512		
Trapianto di midollo osseo DRG 481		
Peso medio dei DRG della UOC di appartenenza (esclusi i trapianti)		