

**OGGETTO:** Definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2019. Criteri per la definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2020-2021. Regole di remunerazione 2019-2021.

## IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

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

- l'art. 120 della Costituzione;
- l'articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-Regioni;
- l'articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il DCA n. 247 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*" come modificato ed integrato dai Decreti del commissario ad acta 368/2014, 412/2014, 230/2015, 267/2015, 270/2015, 373/2015 e 584/2015 e da ultimo dal DCA 52/2017 di approvazione dei P.O. 2016-2018;
- il DCA n. 52 del 22 febbraio 2017, avente ad oggetto: "*Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*";

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

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la Determinazione n. G07129 del 22 giugno 2016 di delega all'adozione degli atti di competenza del Direttore della Direzione regionale "Salute e Politiche Sociali" in caso di assenza o impedimento temporanei;
- l'Atto di organizzazione del 13 aprile 2016, n. G03680, come integrato dagli A.O. n. G03739 del 14 aprile 2016, n. G04602 del 5 maggio 2016, n. G06090 del 27 maggio 2016 e G06650 del 10 giugno 2016, concernente la "*Riorganizzazione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale «Salute e Politiche sociali»*";



- la DGR del 24 aprile 2018 n. 203 di modifica del regolamento generale di organizzazione riorganizzazione delle Direzioni regionali Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e D.G.R. 252/2018 di differimento al 6 giugno 2018 del termine di entrata in vigore della D.G.R. 203/2018;
- la DGR del 1 giugno 2018, n. 252 “Modifiche alla deliberazione di Giunta regionale n. 203 del 24 aprile 2018”, con la quale si è provveduto a posticipare il termine previsto per le modifiche dell’assetto organizzativo delle strutture della Giunta regionale dal 1 giugno 2018 al 6 giugno 2018;
- la DGR del 5 giugno 2018, n. 271 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria al dott. Renato Botti;
- la Direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 33759;
- la Determinazione G07633 del 13 giugno 2018, recante: “Istituzione delle strutture organizzative di base denominate «Aree» e «Uffici» della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 337598”;

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

- il Regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265 e s.m.i.;
- la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e s.m.i.;
- il D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i.;
- il D.Lgs 21 dicembre 1999 n. 517 e s.m.i.;
- il D.Lgs 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i.;
- il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, come modificato dal DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15);
- l’Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 10 luglio 2014, rep. n. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014-2016;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4, concernente “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007 n. 2;
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007 n. 13;
- il DPCM 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

**VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, in particolare:**

- l’art. 8-*quater*, comma 2, che prevede che “la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8-*quinqies*”;
- l’art. 8-*quater*, comma 8, secondo cui, “in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8-*quinqies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore

*a quello previsto dagli indirizzi della Programmazione nazionale”;*

- l'art. 8-*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, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera d);
  - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ....*omissis*....(art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera e- bis);
- l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quater*, il quale prevede che: *“Le Regioni stipulano accordi con le Fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico [omissis] e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le Regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...omissis”;*
- l'art 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, che prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*;

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

- che in modo costante e uniforme la giurisprudenza amministrativa ha confermato che la fissazione dei tetti di spesa rientra tra gli atti autoritativi e vincolanti di programmazione di esclusiva competenza regionale e rappresenta un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica e che il provvedimento con il quale si fissa il livello massimo di finanziamento per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate non viola il legittimo affidamento di queste ultime, che rimangono libere di scegliere se operare nel mercato privato (*ex pluribus*, Cons. di Stato, ad. pl. n. 8/2006, n. 3/2012, n. 4/2012; Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014, n. 679/2013, n. 3372/2011; sez. V, n. 1252/2011; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 659/2013, n. 8549/2012);
- che la giurisprudenza amministrativa ha precisato che: *“...omissis... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di*



istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni” (Cons. di Stato, ad. pl. n. 3/2012 cit.);

- che l’art. 8-*quinquies*, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. non prevede assolutamente la possibilità per le strutture di erogare prestazioni a carico del SSR commisurate alla capacità produttiva in accreditamento, essendo la sottoscrizione del contratto l’unico presupposto per tale erogazione, dal momento che, soltanto in virtù di detto accordo pattizio, viene assegnato alla struttura il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate: ciò significa che, ai sensi del combinato disposto degli artt. 8-*quinquies*, comma 2 e 8-*quater* comma 2 del citato decreto, la Regione acquista prestazioni in rapporto al fabbisogno e alle risorse disponibili e, quindi, anche al di sotto dell’offerta in regime di accreditamento delle strutture erogatrici (in tal senso, anche il consolidato orientamento giurisprudenziale secondo cui “nella determinazione dei tetti di spesa la regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili... ..omissis... ..I tetti di spesa per le strutture private accreditate sono infatti il modo con cui la regione stabilisce quanto può spendere per acquisire da operatori privati prestazioni che non è in grado di produrre direttamente in misura adeguata alle esigenze della collettività. In altri termini spetta alla regione pianificare, con ampia discrezionalità la spesa sanitaria pubblica e tale atto programmatico condiziona il diritto alla salute rendendolo compatibile con il suo costo finanziario” (Cons. di Stato, sez. III, 19 luglio 2011, n. 4359; sez. V, 11 agosto 2010 n. 5632; TAR Lazio, sez. III *quater*, 21 gennaio 2013, n. 659);
- che anche la più recente giurisprudenza amministrativa ha ribadito che “...omissis... chi intende operare nell’ambito della Sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque, ed in primo luogo, assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto della salute ...omissis... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato” (Cons. di Stato, sez. III, Ordin. n. 906/2015; TAR Abruzzo, L’Aquila, n. 585/2015);

#### **VISTI i provvedimenti amministrativi adottati in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie, in particolare:**

- il DCA n. 40 del 26 marzo 2012, avente ad oggetto “DCA n. 58/2009: «Sistema dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica – L. 133/08, art. 79, comma 1 *septies* Modifiche ed integrazione.»” il quale stabilisce che “...Gli esiti dei controlli analitici su cartella clinica, sulla compilazione della documentazione clinica e sull’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri costituiranno elementi di valutazione nell’ambito degli accordi contrattuali... ”;
- il DCA n. 218 del 8 giugno 2017, avente ad oggetto: “Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta del 26 marzo 2012, n. 40”;
- il DCA n. 509 del 20 dicembre 2018, recante: “Revisione del Decreto del Commissario ad Acta n. U00218 del 8 giugno 2017, avente ad oggetto “Modifiche ed integrazioni al Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 26 marzo 2012, n.40”;

#### **CONSIDERATI i provvedimenti regionali relativi ai criteri di accesso alle prestazioni ospedaliere, in particolare:**

- il DCA n. 200 del 22 maggio 2015, avente ad oggetto: “Documento Agenas - Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria – Riabilitazione nella Regione Lazio: fabbisogno, criteri di accesso/trasferibilità e tariffe – Linee di indirizzo per la riorganizzazione della Rete Assistenziale Riabilitativa”;



- il DCA n. 159 del 13 maggio 2016, avente ad oggetto: “*Approvazione del documento riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale*”;
- il DCA n. 377 del 17 novembre 2016, avente ad oggetto: “*Approvazione del documento Programmazione dell’offerta di posti letto di post-acuzie riabilitativa e medica. Integrazione del DCA n. U00159/2016 - Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale*”;
- il DCA n. 217 del 6 giugno 2017, avente ad oggetto: “*Modifica del Decreto del Commissario ad acta n. U00159 del 13 maggio 2016 - Approvazione del documento riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale*”;

**VISTI i provvedimenti di budget relativi all’acquisto di prestazioni ospedaliere da privato per l’annualità 2018, in particolare:**

- il DCA n. 334 del 25 luglio 2017 recante: “*Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti, di riabilitazione post-acuzie e di lungodegenza medica, con onere a carico del servizio sanitario regionale, nonché definizione del finanziamento delle funzioni assistenziali-ospedaliere ai sensi dell’art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per strutture pubbliche e private accreditate - Biennio 2017-2018*”;
- il DCA n. 460 del 26 ottobre 2017 recante; “*Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti a) Casa di cura Aurelia Hospital (codice NSIS 120180), gestita dalla Aurelia 80 SpA (partita iva 01239831009); b) Casa di cura Villa Pia (codice NSIS 120113), gestita dalla Panoramica Srl (partita iva 00967051004); c) Casa di cura Nuova Itor (codice NSIS 102166), gestita dalla Dolomiti Srl (partita iva 01148721002) - Biennio 2017-2018 - Integrazione DCA 334/2017*”;
- il DCA n. 15 del 16 gennaio 2018 recante: “*Modifica del DCA n. U00334/2017 per rideterminazione del budget per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie per la casa di cura Villa Sandra (partita iva 00893071001, codice NSIS 120130) - Biennio 2017-2018*”;
- il DCA n. 353 del 21 settembre 2018 recante: “*Definizione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni erogate nei confronti dei pazienti fuori regione di alta complessità (F.R.A.C.) - Anno 2018*”;

**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 al Titolo II;

**VISTO** il DCA n. 255 del 5 luglio 2017, avente ad oggetto: “*Definizione criteri di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti di colecistectomia laparoscopica, tumore maligno al polmone, infarto miocardico acuto, parti cesarei primari.*”;

**VISTO** il DCA n. 257 del 5 luglio 2017, avente ad oggetto: “*Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00157/2017. Adozione del Documento Tecnico*”;

*denominato – Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”, ed in particolare relativamente “all’avvio del processo di riconversione e/o fusione delle strutture ospedaliere private accreditate, secondo le modalità previste nel punto 2.5 del DM 70 da completare alla pubblicazione degli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche da parte della Conferenza Stato-Regioni”;*

**VISTO** il Decreto-Legge del 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modifiche dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 (cd. spending review) e s.m.i. che all’art. 15, comma 14, prevede che *“Ai contratti e agli accordi vigenti nell’esercizio 2012, ai sensi dell’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell’importo e percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l’anno 2011, dello 0,5 per cento per l’anno 2012, dell’1 per cento per l’anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall’anno 2014. A decorrere dall’anno 2016 [...], al fine di valorizzare il ruolo dell’alta specialità all’interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l’acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale [...] e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale [...] in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. [...] In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come “ad alta complessità” nell’ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano”;*

**CONSIDERATO** che questa Amministrazione, sulla scorta delle disposizioni richiamate al punto precedente, intende assegnare le risorse finanziarie disponibili in linea con i valori stabiliti nell’esercizio 2018 anche per l’annualità 2019, tenendo conto delle previsioni di costo relative alle:

- prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post acuzie cod. 28 e cod. 75, che saranno definite successivamente con un provvedimento ad hoc;
- funzioni assistenziali-ospedaliere, che saranno definite successivamente con un provvedimento ad hoc;
- funzioni di didattica e ricerca;
- prestazioni per neonato sano, soggette a rimborso;

**TENUTO CONTO** che le risorse - distinte tra quelle sottoposte a spending review e quelle non sottoposte a spending review (poiché oggetto di riconduzione a quanto disposto dal D.Lgs 502/1992) - sono così articolate:



<b>BUDGET BIENNIO 2018/2019</b>		
<b>RISORSE SOGGETTE A SPENDING</b>		
	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Acuti</b>	858.571.100	858.571.100
<b>F.R.A.C.</b>	-	-
<b>Neonato Sano</b>	9.000.000	8.000.000
<b>Riabilitazione</b>	224.962.340	228.736.440
<b>Lungodegenza</b>	38.945.662	38.945.662
<b>Funzioni assistenziali-ospedaliera</b>	131.624.917	131.000.000
<b>Funzioni didattica e ricerca</b>	29.106.161	29.106.161
<b>TOTALE</b>	<b>1.292.210.180</b>	<b>1.294.359.363</b>

<b>BUDGET BIENNIO 2018/2019</b>		
<b>RISORSE NON SOGGETTE A SPENDING</b>		
	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Acuti</b>	11.044.739	11.044.739
<b>F.R.A.C.(*)</b>	30.092.208	30.092.208
<b>Neonato Sano</b>	-	-
<b>Riabilitazione</b>	1.162.919	1.162.919
<b>Lungodegenza</b>	-	-
<b>Funzioni assistenziali-ospedaliera</b>	-	-
<b>Funzioni didattica e ricerca</b>	805.000	1.445.367
<b>TOTALE</b>	<b>43.104.866</b>	<b>43.745.233</b>

**CONSIDERATO** che nei valori non sottoposti a spending review rientrano:

- € 11.044.739 di assistenza ospedaliera per acuti, di cui € 2.327.500 di budget già assegnato alla Casa di Cura San Marco di Latina nel biennio 2017-2018 e € 8.717.239 di budget derivante da riconduzione ai sensi del D.Lgs 502/1992 per la Casa di Cura ICOT di Latina;
- € 30.092.208 di assistenza ospedaliera per prestazioni di alta complessità erogate nei confronti dei pazienti fuori Regione (cosiddetto "FRAC"), di cui € 30.000.000 come assegnato negli esercizi precedenti ed € 92.208 quale budget derivante da riconduzione ai sensi del D.Lgs 502/1992 per la Casa di Cura ICOT di Latina;
- € 1.162.919 quale budget di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie derivante da riconduzione ai sensi del D.Lgs 502/1992 per la Casa di Cura ICOT di Latina;
- € 1.445.367 quale previsione di budget derivante dall'applicazione del 7% sulle prestazioni di assistenza ospedaliera di alta complessità erogate nei confronti dei pazienti fuori Regione (cosiddetto "FRAC"), da parte dei Policlinici Universitari non statali Fondazione Agostino Gemelli e Campus Biomedico;

**STABILITI** i criteri di finanziamento relativi all'annualità 2019, di cui in **ALLEGATO 1**, nonché il budget assegnato a ciascuna struttura per le seguenti prestazioni:

- prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (**ALLEGATO 1A**);
- prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione F.R.A.C. (**ALLEGATO 1B**);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie cod. 56 (**ALLEGATO 1C**);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica cod. 60 (**ALLEGATO 1D**);

**STABILITI** i criteri di finanziamento relativi all'annualità 2020, di cui in **ALLEGATO 2**, per le seguenti prestazioni:

- prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
- prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione (FRAC);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie (cod. 56);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica (cod. 60);

**STABILITI** i criteri di finanziamento relativi all'annualità 2021, di cui in **ALLEGATO 3**, per le seguenti prestazioni:

- prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;

- prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione (FRAC);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie (cod. 56);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica (cod. 60);

**STABILITE** le regole di remunerazione per l'annualità 2019-2021, di cui in **ALLEGATO 4** (ivi compresi gli **ALLEGATI 4A, 4B, 4C, 4D, 4E, 4F**), per le seguenti prestazioni:

- prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
- prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione (FRAC);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie (cod. 56);
- prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica (cod. 60);

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

**DATO ATTO** che la Regione Lazio si è impegnata, sulla scorta di quanto previsto dal P.O. 2016-2018, a ricondurre tutte le fattispecie non rientranti nello schema tipico del D.Lgs n. 502/1992 all'interno del quadro regolatorio, provvedendo, anzitutto, alla regolamentazione di autorizzazione accreditamento e, conseguentemente, alla riconduzione delle stesse nell'ambito dell'accordo contrattuale, previa assegnazione del budget;

**RITENUTO**, con particolare riferimento alla Casa di Cura ICOT, gestita dalla società GIOMI SpA, di assegnare alla stessa il budget per l'esercizio 2019 (comprensivo delle prestazioni erogate in regime convenzionale dal 1 gennaio 2019) così distinto:

- prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti per un importo pari ad € 8.717.239,16;
- prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post acuzie, cod. 56 per un importo pari ad € 1.162.919,00;
- FRAC pari ad € 92.208,20;

come da nota ASL di Latina, acquisita al protocollo regionale n. 253840 del 1 aprile 2019, e comunicazione a mezzo e-mail del 4 aprile 2019, con le quali ha rappresentato la valorizzazione della produzione lorda relativa all'esercizio 2018;

**CONSIDERATO** che la ASL di Latina e la GIOMI S.p.A. dovranno sottoscrivere un unico contratto di budget di cui all'art. 8-*quinquies* del D.Lgs 502/1992, per il periodo dal 1 gennaio 2019 al 31 dicembre 2019 e che il budget complessivamente assegnato (derivante dalla sommatoria del budget cosiddetto "privato" e del budget derivante dal processo di riconduzione al D.Lgs 502/1992) rappresenta un tetto invalicabile;

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

**CONFERMATO** che qualsiasi provvedimento in essere di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di finanziamento, con

la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;

**CONFERMATO** che il soggetto privato accreditato è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno, tenuto conto anche di quanto stabilito all'art. 8 del contratto/accordo laddove prevede che *“la struttura si impegna a garantire, in ogni caso, l'erogazione delle prestazioni nella misura pari ad almeno il 10% del budget nei mesi di novembre e dicembre”* e fermo restando che le prestazioni erogate oltre il livello massimo di finanziamento non sono riconosciute con onere a carico del SSR;

**CONFERMATO** che all'erogatore viene riconosciuta la produzione relativa al livello massimo di finanziamento assegnato da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli;

**RITENUTO** che le competenti Aziende Sanitarie dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate, accreditate e contrattualizzate;

**CONSIDERATA** la nota n. 197653 del 13 marzo 2019 dell'Area *Remunerazione, Budget e Contratti*, con la quale si chiedeva la conferma della configurazione delle strutture private accreditate al 31 dicembre 2018 che erogano prestazioni:

- per acuti, per ricovero ordinario e diurno;
- di riabilitazione post-acuzie cod. 56;
- di lungodegenza medica cod. 60;

**VISTO** l'avvio del procedimento n. 210991 del 18 marzo 2019;

**TENUTO CONTO** delle osservazioni all'avvio del procedimento delle seguenti organizzazioni:

- ARIS, n. 51 del 26.3.2019;
- Fondazione Policlinico A. Gemelli, n. 13750 del 26.3.2019;
- Fondazione Santa Lucia IRCCS, n. 97/A del 26.3.2019;
- Policlinico Casilino, n. 296/19 del 27.3.2019;
- Policlinico Campus Biomedico, n. 355/2019 del 27.3.2019;
- A.I.O.P., n. 107 del 28.3.2019;
- UNINDUSTRIA, n. 39/CA del 28.3.2019

**STABILITO** di definire con un provvedimento *ad hoc* il budget 2019 per le prestazioni di riabilitazione post-acuzie codice 28 e codice 75, nonché per le funzioni assistenziali-ospedaliere;

**TENUTO CONTO** che dal 1 gennaio 2020 non saranno più contrattualizzate con il SSR le attività ospedaliere erogate dalle case di cura poli-specialistiche con meno di 60 posti letto e dalle case di cura mono-specialistiche con meno di 30 posti letto; queste ultime saranno individuate, previa definizione dei criteri di complementarietà e affinità delle discipline, con apposito provvedimento della Direzione *Salute e Integrazione Sociosanitaria* da emanarsi entro il 30/06/2019;



## DECRETA

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

- di definire i criteri di finanziamento relativi all'annualità 2019 di cui in **ALLEGATO 1**, nonché il budget assegnato a ciascuna struttura per le seguenti prestazioni:
  - prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (**ALLEGATO 1A**);
  - prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione F.R.A.C. (**ALLEGATO 1B**);
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie cod. 56 (**ALLEGATO 1C**);
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica cod. 60 (**ALLEGATO 1D**);
  
- di definire i criteri di finanziamento relativi all'annualità 2020, di cui in **ALLEGATO 2**, per le seguenti prestazioni:
  - prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
  - prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione F.R.A.C.;
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie cod. 56;
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica cod. 60;
  
- di definire i criteri di finanziamento relativi all'annualità 2021, di cui in **ALLEGATO 3**, per le seguenti prestazioni:
  - prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
  - prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione F.R.A.C.;
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie cod. 56;
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica cod. 60;
  
- di definire le regole di remunerazione per le annualità 2019-2021, di cui in **ALLEGATO 4** (ivi compresi gli **ALLEGATI 4A, 4B, 4C, 4D, 4E, 4F**), per le seguenti prestazioni:
  - prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
  - prestazioni di alta complessità erogata nei confronti dei pazienti fuori regione (FRAC);
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie (cod. 56);
  - prestazioni di assistenza ospedaliera di lungodegenza medica (cod. 60);
  
- di assegnare all'ICOT di Latina per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, per le prestazioni di alta complessità erogate nei confronti dei pazienti fuori Regione (F.R.A.C.) e per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post acuzie, cod. 56 un unico budget derivante dalla sommatoria del budget assegnato cosiddetto "privato" e quello derivante dal processo di riconduzione al D.Lgs 502/1992;



- che i budget fissati con il presente decreto sono da considerarsi tetti massimi invalicabili;
- di rinviare, per quel che concerne il contratto/accordo e le relative procedure di sottoscrizione, a quanto disposto dal DCA in corso di adozione;

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

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

  
NICOLA ZINGARETTI

## **ALLEGATO 1 - CRITERI DI FINANZIAMENTO RELATIVI ALL'ANNUALITÀ 2019**

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI**

Il livello massimo di finanziamento rimane invariato per singola struttura rispetto al budget assegnato nell'anno 2018 con il DCA 334/2017, modificato e integrato con DCA 460/2017, assegnando complessivamente tra le strutture ad oggi regolarmente autorizzate e accreditate, nonché contrattualizzabili, l'importo complessivo di € **860.898.600**.

### **PRESTAZIONI DI ALTA COMPLESSITA' FUORI REGIONE (F.R.A.C.)**

La Regione intende contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale, nonché incentivare le prestazioni di alta complessità per i pazienti residenti (R.A.C.) e per i pazienti fuori regione (F.R.A.C.) confermando il valore del fondo relativo alle prestazioni di alta complessità erogate in favore di cittadini fuori Regione, assegnato nell'anno 2018 (€ **30.000.000**), in applicazione di quanto previsto all'art. 1, comma 574, Legge n. 208/2015; si confermano, altresì, i valori assegnati a ciascun soggetto erogatore nell'esercizio 2018 con il DCA n. 353/2018.

In sede di remunerazione 2019, il budget aggiuntivo F.R.A.C. 2019 assegnato e non utilizzato, sarà redistribuito tra le strutture che avranno effettuato una produzione F.R.A.C. 2019 maggiore del finanziamento assegnato. Le eventuali economie saranno suddivise (i) tra le strutture che avranno prodotto attività F.R.A.C. in misura maggiore del finanziamento rispettivamente assegnato, (ii) in base all'incidenza percentuale del F.R.A.C. prodotto in eccedenza dal singolo soggetto erogatore rispetto all'eccedenza complessiva del F.R.A.C.

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (COD. 56)**

Si confermano i valori assegnati a ciascun soggetto erogatore nell'esercizio 2018 con il DCA n. 334/2017 e il DCA n. 15/2018, complessivamente pari a € **177.555.693<sup>(1)</sup>**.

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI LUNGODEGENZA MEDICA (COD. 60)**

Si confermano i valori assegnati a ciascun soggetto erogatore nell'esercizio 2018 con il DCA n. 334/2017, complessivamente pari a € **38.945.662**.

---

<sup>1</sup> Detto importo è stato computato escludendo il valore di finanziamento che sarà assegnato ai posti letto cod.75 e cod. 28 (€ 51.180.747).

## ALLEGATO 1A – BUDGET ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI 2019

BUDGET OSPEDALIERA PER ACUTI - ANNUALITA' 2019 - RISORSE SOTTOPOSTE A SPENDING							
ASL	NSS	TIPO	RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	DENOMINAZIONE PRESIDIO	RUOLO NELLA RETE	BUDGET
RM 1	120071	5	Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio "Fatebenefratelli"	00894591007	Ospedale San Pietro Fatebenefratelli	DEAI Livello	47.120.117 €
RM 1	120072	5	Casa Generalizia dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio	00989031000	Ospedale San Giovanni Calibita	DEAI Livello	46.909.479 €
RM 1	120073	5	Luigi Maria Monti Sr.l.	13324151003	Ospedale San Carlo di Nancy	PS	26.154.807 €
RM 1	120074	5	Virginia Bracelli Sp.A	11588991007	Ospedale Cristo Re	PS	19.339.536 €
RM 1	120079	7	Villa Domelia Sr.l.	01083491009	Villa Domelia	-	5.471.286 €
RM 1	120083	7	Villa Valeria Sr.l.	01032551002	Villa Valeria	-	4.249.648 €
RM 1	120288	7	Villa Tiberia Hospital Sr.l.	02564310395	Villa Tiberia	-	11.710.888 €
RM 1	120293	7	San Feliciano Sr.l.	00958671000	Villa Aurora	-	4.489.249 €
RM 1	120105	7	Marco Polo Sr.l.	00993021005	Marco Polo	-	2.616.649 €
RM 1	120115	7	Santa Famiglia Sr.l.	05713221009	Santa Famiglia	-	7.124.379 €
RM 1	120159	7	Nuova Villa Claudia Sp.A	01626351009	Nuova Villa Claudia	-	4.132.755 €
RM 1	120163	7	San Feliciano Sr.l.	00958671000	San Feliciano	-	10.010.665 €
RM 1	120180	3	Aurelia 80 Sp.A	01239831009	Aurelia Hospital	DEAI Livello	23.794.674 €
RM 1	120905	4	Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli	13109681000	Policlinico Agostino Gemelli	DEAI Livello	280.187.223 €
RM 1	120911	5	Fondazione Luigi Maria Monti	13326621003	Istituto Dermatologico dell'Immacolata - I.D.I. I.R.C.C.S	I.R.C.C.S	23.827.861 €
RM 2	120076	7	Istituto Figlie di San Camillo	01008231001	Ospedale Madre Giuseppina Vannini	DEAI Livello	31.487.648 €
RM 2	120089	7	Istituto di Neuroscienze Sr.l.	08239981007	Istituto di Neuroscienze	-	2.826.342 €
RM 2	120104	7	Gunone Sp.A	01492761000	Villa Fulvia	-	2.207.794 €
RM 2	120132	7	Cinica Guarnieri Sp.A	08587551006	Guarnieri	-	11.348.541 €
RM 2	120143	7	Le Cure Cliniche Moderne Sr.l.	01188071003	Concordia Hospital	-	3.943.864 €
RM 2	120157	7	Sacì Società Cliniche Sp.A	01098811004	Fabia Mater	-	9.670.607 €
RM 2	120166	7	Dolomiti Sr.l.	01148721002	Nuova Itor	-	14.691.620 €
RM 2	120169	3	Nuova Clinica Annunziata Sr.l.	05066941005	Nuova Clinica Annunziata	-	4.334.642 €
RM 2	120175	7	Promedica 88 Sr.l.	133257221005	Karol Wojtyła Hospital	-	4.334.640 €
RM 2	120915	5	Università Campus Biomedico di Roma	97087620585	Policlinico Campus Biomedico	-	77.060.570 €
RM 3	120075	7	Ospedale Israelitico	02133341004	Ospedale Israelitico	-	17.022.862 €
RM 3	120113	7	Panoramica Sr.l.	00967051004	Villa Fla	-	7.210.966 €
RM 3	120171	7	Città di Roma Sp.A	00994041002	Città di Roma	-	11.934.235 €
RM 3	120173	7	European Hospital Sp.A	01774941007	European Hospital	-	14.373.738 €
RM 3	120191	7	Centro Geriatrico Romano Sp.A	00933031007	Merry House	-	2.060.700 €
RM 3	120910	7	San Raffaele Roma Sr.l.	10636891003	San Raffaele Pisana - I.R.C.C.S	I.R.C.C.S	4.413.258 €
RM 4	120140	5	Clinica Sligato Sr.l.	00994801009	Clinica Sligato	-	1.892.574 €
RM 6	120070	7	Casa Regina Apostolorum	05195071005	Ospedale Regina Apostolorum	-	21.939.778 €
RM 6	120082	7	Pbligest Sp.A	04403781000	Villa delle Querce	-	3.413.689 €
RM 6	120096	7	Madonna delle Grazie Sp.A	02155411008	Madonna delle Grazie	-	9.316.558 €
RM 6	120134	7	Policlinico Città di Pomezia Sr.l.	01998571002	S. Anna di Pomezia	PS	10.835.609 €
RM 6	120176	7	Istituto Neurotraumatologico Italiani Sp.A	01009381003	I.N.I. - Divisione Grottaferrata	-	16.045.064 €
RM 6	120280	7	San Raffaele Sp.A	08253151008	San Raffaele Montecompatri	-	1.734.491 €
VT	120012	7	Salus Sr.l.	00169040565	Salus	-	1.754.246 €
VT	120014	7	Gruppo Rori Sr.l.	01565461009	Nuova Santa Teresa	-	2.050.917 €
LT	120209	7	Casa del Sble Clinica Polispecialistica Tommaso Costa	01298500594	Casa del Sble - Tommaso Costa	-	8.297.496 €
LT	120212	7	Gomi Sp.A	06619881003	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	PSSPEDIASTICO	20.872.191 €
LT	120213	7	Cliniche Moderne Sp.A	00247210594	San Marco	-	1.402.130 €
LT	120215	7	Città di Aprilia Sr.l.	00168290591	Città di Aprilia	PS	8.460.870 €
FR	120230	7	S. Anna Sr.l.	00627760606	S. Anna	-	4.079.663 €
FR	120235	7	Villa Serena di Lombardi e Martino Sr.l.	00250370608	Villa Serena	-	2.227.165 €
FR	120236	7	S. Teresa di Miacci V.T., Fabio & C. Sr.l.	01707900609	S. Teresa	-	2.817.812 €
FR	120277	7	San Raffaele Sp.A	08253151008	San Raffaele Cassino	-	2.588.914 €
FR	120291	7	Casa di Cura Sr.l.	02987100605	Villa Gioia	-	2.780.690 €
							<b>858.571.100</b>

BUDGET OSPEDALIERA PER ACUTI - ANNUALITA' 2019 - RISORSE NON SOTTOPOSTE A SPENDING							
ASL	NSS	TIPO	RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	DENOMINAZIONE PRESIDIO	RUOLO NELLA RETE	ACUTI 2019
LT	120212	7	Gomi Sp.A	06619881003	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	PSSPEDIASTICO	8.717.239 €
LT	120213	7	Cliniche Moderne Sp.A	00247210594	San Marco	-	2.327.500 €
							<b>11.044.739</b>

**TOTALE BUDGET PRESTAZIONI PER ACUTI - 2019      869.615.839**

## ALLEGATO 1B – BUDGET F.R.A.C. - 2019

BUDGET PRESTAZIONI DI ALTA COMPLESSITA' EROGATE NEI CONFRONTI DEI PAZIENTI FUORI REGIONE - ANNUALITA' 2019 - RISORSE NON SOTTOPOSTE A SPENDING					
ASL	NSIS	RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	DENOMINAZIONE PRESIDIO	BUDGET
RM 1	120071	Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio "Fatebenefratelli"	00894591007	Ospedale San Pietro Fatebenefratelli	391.097 €
RM 1	120072	Casa Generalizia dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio	00989031000	Ospedale San Giovanni Calibita	494.746 €
RM 1	120073	Luigi Maria Monti S.r.l.	13324151003	Ospedale San Carlo di Nancy	1.033.929 €
RM 1	120074	Virginia Bracelli Sp.A.	11588991007	Ospedale Cristo Re	920.062 €
RM 1	120079	Villa Domelia S.r.l.	01083491009	Villa Domelia	- €
RM 1	120083	Villa Valeria S.r.l.	01032551002	Villa Valeria	203.854 €
RM 1	120293	San Feliciano S.r.l.	00958671000	Villa Aurora	33.069 €
RM 1	120105	Marco Polo S.r.l.	00993021005	Marco Polo	4.906 €
RM 1	120115	Santa Famiglia S.r.l.	05713221009	Santa Famiglia	- €
RM 1	120159	Nuova Villa Claudia Sp.A.	01626351009	Nuova Villa Claudia	36.486 €
RM 1	120163	San Feliciano S.r.l.	00958671000	San Feliciano	223.066 €
RM 1	120180	Aurelia 80 Sp.A.	01239831009	Aurelia Hospital	558.180 €
RM 1	120288	Villa Tiberia Hospital S.r.l.	02564310395	Villa Tiberia	133.619 €
RM 1	120905	Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli	13109681000	Policlinico Agostino Gemelli	17.313.002 €
RM 1	120911	Fondazione Luigi Maria Monti	13326621003	Istituto Dermatologico dell'Immacolata - I.D.I. I.R.C.C.S.	69.749 €
RM 2	120076	Istituto Figlie di San Camillo	01008231001	Ospedale Madre Giuseppina Vannini	194.890 €
RM 2	120089	Istituto di Neuroscienze S.r.l.	08239981007	Istituto di Neuroscienze	213.413 €
RM 2	120104	Gunone Sp.A.	01492761000	Villa Fulvia	- €
RM 2	120132	Clinica Guarnieri Sp.A.	08587551006	Guarnieri	360.776 €
RM 2	120143	Le Cure Cliniche Moderne S.r.l.	01188071003	Concordia Hospital	381.501 €
RM 2	120157	Sadi Società Cliniche Sp.A.	01095811004	Fabia Mater	73.715 €
RM 2	120175	Promedica 88 S.r.l.	13257221005	Karol Wojtyła Hospital	154.944 €
RM 2	102166	Dolomiti S.r.l.	01148721002	Nuova Itor	25.502 €
RM 2	120169	Nuova Clinica Annunziata S.r.l.	05066941005	Nuova Clinica Annunziata	54.878 €
RM 2	120915	Università Campus Biomedico di Roma	97087620585	Policlinico Campus Biomedico	3.335.091 €
RM 3	120075	Ospedale Israelitico	02133341004	Ospedale Israelitico	115.187 €
RM 3	120113	Panoramica S.r.l.	00967051004	Villa Pia	49.740 €
RM 3	120171	Città di Roma Sp.A.	00994041002	Città di Roma	96.423 €
RM 3	120173	European Hospital Sp.A.	01774941007	European Hospital	1.030.787 €
RM 3	120191	Centro Geriatrico Romano Sp.A.	00933031007	Merry House	- €
RM 3	120910	San Raffaele Roma S.r.l.	10636891003	San Raffaele Pisana - I.R.C.C.S.	- €
RM 5	120140	Clinica Sligato S.r.l.	00994801009	Clinica Sligato	7.357 €
RM 6	120070	Casa Regina Apostolorum	05195071005	Ospedale Regina Apostolorum	41.055 €
RM 6	120082	Poligest Sp.A.	04403781000	Villa delle Querce	- €
RM 6	120096	Madonna delle Grazie Sp.A.	02155411008	Madonna delle Grazie	36.943 €
RM 6	120134	Policlinico Città di Pomezia S.r.l.	01998571002	S. Anna di Pomezia	91.786 €
RM 6	120176	Istituto Neurotraumatologico Italiani Sp.A.	01009381003	I.N.I. - Divisione Grottaferrata	371.862 €
RM 6	120280	San Raffaele Sp.A.	08253151008	San Raffaele Montecompatri	- €
VT	120012	Salus S.r.l.	00169040565	Salus	- €
VT	121400	Gruppo Rbori S.r.l.	01565461009	Nuova Santa Teresa	- €
LT	120209	Casa del Sole Clinica Polispecialistica Tommaso Costa	01298500594	Casa del Sole - Tommaso Costa	259.817 €
LT	120212	Gomi Sp.A.(*)	06619881003	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	1.383.264 €
LT	120212	Gomi Sp.A.(*)	06619881003	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico (*)	92.208 €
LT	120213	Cliniche Moderne Sp.A.	00247210594	San Marco	- €
LT	120215	Città di Aprilia S.r.l.	00168290591	Città di Aprilia	17.662 €
FR	120230	S. Anna S.r.l.	00627760606	S. Anna	178.540 €
FR	120235	Villa Serena di Lombardi e Martino S.r.l.	00250370608	Villa Serena	- €
FR	120236	S. Teresa di Miacci V.T., Fabio & C S.r.l.	01707900609	S. Teresa	102.522 €
FR	120277	San Raffaele Sp.A.	08253151008	San Raffaele Cassino	3.550 €
FR	120291	Casa di cura St	02987100605	Villa Gioia	3.065 €
					<b>30.092.208 €</b>

(\*) Budget assegnato da riconduzione

## ALLEGATO 1C – BUDGET RIABILITAZIONE POST-ACUZIE COD. 56 - 2019

<b>BUDGET PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE - ANNUALITA' 2019 - SOTTOPOSTE A SPENDING</b>											
ASL	NRS	RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA	DENOMINAZIONE PRESIDIO	TIPOLOGIA	POSTI LETTO			BUDGET		
						RICOVERO	DAY HOSPITAL	TOTALE	RICOVERO	DAY HOSPITAL	TOTALE
RM 1	120087	Policlinico Italia S.r.l.	05600591001	Policlinico Italia	Casa di cura	72	8	80	€ 5.791.480	€ 820.410	€ 6.611.890
RM 1	120146	Santa Rita da Cascia	01041961002	Santa Rita da Cascia	Casa di cura	30	0	30	€ 2.424.884	€ -	€ 2.424.884
RM 1	120163	San Feliciano S.r.l.	00958671000	San Feliciano	Casa di cura	20	0	20	€ 1.631.341	€ -	€ 1.631.341
RM 1	120179	Ancelle Francescane del Buon Pastore	00996561007	Ancelle Francescane del Buon Pastore	Casa di cura	41	4	45	€ 3.264.250	€ 404.952	€ 3.669.202
RM 1	120180	Aurelia 80 Sp.A.	01239831009	Aurelia Hospital	DEA I Livello	49	5	54	€ 3.913.333	€ 501.935	€ 4.415.268
RM 1	120328	Fondazione Don Carlo Gnocchi	12520870150	Santa Maria della pace	Casa di cura	20	0	20	€ 1.667.883	€ -	€ 1.667.883
RM 1	120905	Fondazione Policlinico Agostino Gemelli	13109681000	Policlinico Agostino Gemelli	DEA II Livello	40	0	40	€ 3.539.358	€ -	€ 3.539.358
RM 2	120089	Istituto di Neuroscienze S.r.l.	08239981007	Neurological Center of Latium	Casa di cura	10	0	10	€ 851.503	€ -	€ 851.503
RM 2	120104	Gunone Sp.A.	01492761000	Villa Fulvia	Casa di cura	135	15	150	€ 11.069.932	€ 1.523.981	€ 12.593.913
RM 2	120135	Congregazione delle Suore Ospedaliere della Misericordia	02126541008	Mater Misericordiae	Casa di cura	36	0	36	€ 2.915.774	€ -	€ 2.915.774
RM 2	120915	Università Campus Biomedico di Roma	04802051005	Policlinico Campus Biomedico	Casa di cura	20	0	20	€ 1.593.723	€ -	€ 1.593.723
RM 3	120130	Villa Sandra Sp.A.	00893071001	Villa Sandra	Casa di cura	130	14	144	€ 10.656.012	€ 1.456.390	€ 12.112.402
RM 3	120606	San Raffaele Sp.A.	08253151008	San Raffaele Portuense	Casa di cura	87	9	96	€ 7.260.673	€ 978.300	€ 8.238.973
RM 3	120910	San Raffaele Roma S.r.l.	10636891003	San Raffaele Pisana - I.R.C.C.S.	I.R.C.C.S.	241	27	268	€ 20.264.321	€ 2.860.794	€ 23.125.115
RM 5	120088	Istituto Neurotraumatologico Italiani Sp.A.	01009381003	I.N.I. - divisione Medicus	Casa di cura	58	6	64	€ 4.646.886	€ 604.994	€ 5.251.880
RM 5	120199	Istituto Neurotraumatologico Italiani Sp.A.	01009381003	I.N.I. - divisione Villa Dante	Casa di cura	31	3	34	€ 2.492.098	€ 299.166	€ 2.791.264
RM 5	120284	Nomentana Hospital S.r.l.	12153271007	Nomentana Hospital	Casa di cura	110	0	110	€ 8.831.867	€ -	€ 8.831.867
RM 5	260200	Gestione Sanitaria Italiana S.r.l.	09440071000	Villa Luana	Casa di cura	20	0	20	€ 1.646.426	€ -	€ 1.646.426
RM 6	120280	San Raffaele Sp.A.	08253151008	San Raffaele Montecompatri	Casa di cura	86	9	95	€ 6.872.533	€ 913.019	€ 7.785.552
RM 6	120082	Poligest Sp.A.	04403781000	Villa delle Querce	Casa di cura	143	5	148	€ 11.513.069	€ 497.314	€ 12.010.383
RM 6	120289	Anzio Servizi Assistenziali S.r.l.	14390721008	Villa dei Pini	Casa di cura	29	3	32	€ 2.372.347	€ 308.398	€ 2.680.745
RM 6	120176	Istituto Neurotraumatologico Italiani Sp.A.	01009381003	I.N.I. - divisione Grottaferrata	Casa di cura	60	7	67	€ 4.975.688	€ 769.579	€ 5.745.267
VT	120015	Provincia Romana Ordine dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi	00999531007	Villa Immacolata	Casa di cura	103	0	103	€ 8.510.521	€ -	€ 8.510.521
LT	120212	Gomi Sp.A.	06619881003	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Casa di cura	109	12	121	€ 9.186.799	€ 1.255.435	€ 10.442.234
LT	120214	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "C. Franceschini" S.r.l.	01080381005	Clara Franceschini	Casa di cura	77	0	77	€ 6.326.869	€ -	€ 6.326.869
LT	120278	Villa Silvana Sp.A.	05616331004	Villa Silvana	Casa di cura	27	3	30	€ 2.189.184	€ 326.658	€ 2.515.842
FR	120277	San Raffaele Cassino	08253151008	San Raffaele Cassino	Casa di cura	126	14	140	€ 10.704.252	€ 1.530.480	€ 12.234.732
FR	120279	Istituto Neurotraumatologico Italiani Sp.A.	01009381003	I.N.I. - divisione Città Bianca	Casa di cura	57	6	63	€ 4.755.760	€ 635.123	€ 5.390.883
						<b>1.967</b>	<b>150</b>	<b>2.117</b>	<b>€ 161.868.765</b>	<b>€ 15.686.928</b>	<b>€ 177.555.693</b>

<b>BUDGET PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE - ANNUALITA' 2019 - NON SOTTOPOSTE A SPENDING</b>											
						BUDGET					
						RICOVERO	DAY HOSPITAL	TOTALE			
LT	120212	Gomi Sp.A.	06619881003	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Casa di cura	€ 997.909	€ 165.010	€ 1.162.919			
<b>TOTALE BUDGET RIABILITAZIONE POST-ACUZIE - 2019</b>						<b>€ 162.866.674</b>	<b>€ 15.851.938</b>	<b>€ 178.718.612</b>			

**ALLEGATO 1D – BUDGET LUNGODEGENZA MEDICA COD.60 - 2019**

<b>BUDGET PRESTAZIONI DI LUNGODEGENZA MEDICA - ANNUALITA' 2019 - RISORSE SOTTOPOSTE A SPENDING</b>						
<b>ASL</b>	<b>NSIS</b>	<b>RAGIONE SOCIALE</b>	<b>PARTITA IVA</b>	<b>DENOMINAZIONE PRESIDIO</b>	<b>POSTI LETTO</b>	<b>BUDGET</b>
RM 1	120079	Villa Domelia Sr.l.	01083491009	Villa Domelia	21	€ 1.156.802
RM 1	120179	Ancelle Francesane del Buon Pastore	00996561007	Ancelle Francesane del Buon Pastore	47	€ 2.589.033
RM 1	120264	Villa Verde Sr.l.	01079101000	Villa Verde	60	€ 3.305.148
RM 2	120139	Clinica Latina Sp.A.	1069901005	Clinica Latina	30	€ 1.652.574
RM 3	120113	Panoramica Sr.l.	00967051004	Villa Pia	40	€ 2.203.432
RM 3	120191	Centro Geriatrico Romano Sp.A.	00933031007	Merry House	41	€ 2.258.518
RM 3	120262	I.C.E.C. Sr.l.	00903131001	Villa Maria Immacolata	42	€ 2.313.604
RM 4	120197	Congregazione Benedettina Riparatrici del Santo Volto di Nostro Signore Gesù Cristo	01338940560	Santo Volto	22	€ 1.211.888
RM 5	120284	Nomentana Hospital Sr.l.	12153271007	Nomentana Hospital	98	€ 5.398.408
RM 6	120082	Poligest Sp.A.	04403781000	Villa delle Querce	55	€ 3.029.719
RM 6	120122	San Raffaele Sp.A.	08253151008	San Raffaele Rocca di Papa	95	€ 5.233.151
RM 6	120289	Anzio Servizi Assistenziali Sr.l.	14390721008	Villa dei Pini	56	€ 3.084.805
VT	120015	Provincia Romana Ordine dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi	00999531007	Villa Immacolata	31	€ 1.707.660
FR	120277	San Raffaele Sp.A.	08253151008	San Raffaele Cassino	69	€ 3.800.920
					<b>707</b>	<b>€ 38.945.662</b>

## ALLEGATO 2 - CRITERI DI FINANZIAMENTO RELATIVI ALL'ANNUALITÀ 2020

### PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI

La Regione intende ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie, nei limiti di quanto previsto dalla *spending review*, evitare il congestionamento nelle Aree di Emergenza ed Urgenza, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza al DM 70/2015.

Per la determinazione del finanziamento da assegnare a ciascun soggetto erogatore nell'anno 2020, si farà riferimento al livello massimo di finanziamento assegnato nell'esercizio 2019, introducendo le seguenti variazioni:

- decurtazione del 10% rispetto al budget assegnato nel 2019, per le strutture che nel periodo 01/01/2019-31/12/2019 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 89% del budget 2019;
- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2019, per le strutture che nel periodo 01/01/2019-31/12/2019 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 94% ma superiore all'89% del budget 2019;
- decurtazione del 3% rispetto al budget assegnato nel 2019 per le strutture non dotate di posti letto ordinari di medicina generale (cod. 26), gastroenterologia (cod. 58), geriatria (cod. 21), neurologia (cod. 32), cardiologia (codice 08) o pneumologia (codice 68) al 31/12/2018, allo scopo di investire dette risorse nel decongestionamento dei P.S.;
- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2019 per le strutture che, dotate di posti letto ordinari di medicina generale (codice 26), non hanno registrato nel periodo 01/06/2019-31/12/2019 un'occupazione dei posti letto ordinari per pazienti provenienti da PS superiore al proprio valore soglia come sotto definito:

**TABELLA 1 – OBIETTIVO STRUTTURE DOTATE DI POSTI LETTO ORDINARI DI MEDICINA GENERALE (COD. 26)**

Tasso di occupazione 2018 su PL cod. 26 da PS	Tasso di occupazione 01/06/2019-31/12/2019 su PL cod. 26 da PS <sup>(*)</sup>
$x \geq 85\%$	conferma del valore
$80\% \leq x < 85\%$	$x \geq 85\%$
$70\% \leq x < 80\%$	$x \geq 83\%$
$60\% \leq x < 70\%$	$x \geq 75\%$
$50\% \leq x < 60\%$	$x \geq 68\%$
$40\% \leq x < 50\%$	$x \geq 60\%$
$20\% \leq x < 40\%$	$x \geq 55\%$
$0\% \leq x < 20\%$	$x \geq 40\%$

<sup>(\*)</sup> Il valore obiettivo si intende conseguito solo se non si registra un incremento della degenza media nelle prestazioni erogate dalla specialità nel periodo 01/06/2019 - 31/12/2019, rispetto al corrispondente valore riferito all'intera annualità 2018.

Dal 1 gennaio 2020 non saranno più contrattualizzate con il SSR le attività ospedaliere erogate dalle case di cura polispecialistiche con meno di 60 posti letto e dalle case di cura monospecialistiche con meno di 30 posti letto.

Eventuali ulteriori criteri di incentivazione/penalizzazione delle prestazioni saranno finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi e degli esiti di salute, anche secondo quanto stabilito nel

DM 70/2015 punto 4.6 *Qualità ed esiti* e potranno essere introdotti previa consultazione delle Associazioni di Categoria con specifico provvedimento da adottarsi entro il 31/10/2019.

Le economie derivanti dai criteri sopra elencati saranno integralmente redistribuite al settore entro il 30/04/2020, secondo criteri da definirsi aventi l'obiettivo prioritario di evitare il congestionamento delle Aree di Emergenza ed Urgenza.

Al fine di favorire la deospedalizzazione, rafforzando l'offerta di specialistica ambulatoriale, le Aziende Sanitarie Locali potranno trasferire fino ad un massimo del 10% di budget per acuti (escluso pertanto il F.R.A.C.) assegnato alle singole strutture private accreditate, incrementando per un equivalente valore il budget previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale della medesima struttura. Ciò al fine di favorire l'appropriatezza delle prestazioni, abbattere le liste di attesa delle cosiddette "prestazioni critiche", incentivare l'erogazione di prestazioni in APA. Tale modalità dovrà essere preceduta da formale istanza della singola struttura privata accreditata rivolta alla ASL competente e, per conoscenza, alla Regione Lazio, da trasmettersi entro il 31/10/2019. A conclusione dell'istruttoria da parte delle ASL territorialmente competenti, i livelli massimi di finanziamento per singola struttura (sia per le prestazioni di assistenza ospedaliera, sia di specialistica ambulatoriale) saranno recepiti nell'accordo contrattuale 2020.

### **PRESTAZIONI DI ALTA COMPLESSITA' FUORI REGIONE (F.R.A.C.)**

La Regione intende contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale, nonché incentivare le prestazioni di alta complessità per i pazienti residenti (R.A.C.) e per i pazienti fuori regione (F.R.A.C.). Per l'anno 2020 si conferma il valore del fondo relativo alle prestazioni di alta complessità erogate in favore di cittadini fuori Regione, assegnato nell'anno 2019 (€ **30.000.000**). Al fine di assegnare il livello massimo di finanziamento del F.R.A.C. entro il 31/12/2019, il budget 2020 per singola struttura sarà definito sulla base dell'incidenza percentuale della produzione di F.R.A.C. di ciascun soggetto erogatore privato accreditato rispetto al valore di produzione complessiva del F.R.A.C. relativamente agli anni 2018 e ai primi nove mesi del 2019.

In sede di remunerazione 2020, il budget aggiuntivo F.R.A.C. 2020 assegnato e non utilizzato, sarà redistribuito alle strutture che hanno effettuato una produzione F.R.A.C. 2020 maggiore del finanziamento assegnato. Le eventuali economie saranno suddivise (i) tra le strutture che avranno prodotto attività F.R.A.C. in misura maggiore del finanziamento rispettivamente assegnato, (ii) in base all'incidenza percentuale del F.R.A.C. prodotto in eccedenza dal singolo soggetto erogatore rispetto all'eccedenza complessiva del F.R.A.C.

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (COD. 56)**

I criteri di assegnazione per la definizione del budget relativo all'annualità 2020 terranno conto delle seguenti decurtazioni:

- decurtazione del 10% rispetto al budget assegnato nel 2019, per le strutture che nel periodo 01/01/2019-31/12/2019 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 89% del budget 2019;
- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2019, per le strutture che nel periodo 01/01/2019-31/12/2019 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 94% ma superiore all'89% del budget 2019.

Eventuali ulteriori criteri di incentivazione/penalizzazione delle prestazioni saranno finalizzati a migliorare l'appropriatezza e la risposta ai bisogni assistenziali più complessi e/o insoddisfatti, tenendo conto di un valore medio di budget per posto letto per singola MDC. Tali criteri saranno definiti, previa consultazione delle Associazioni di Categoria, con specifico provvedimento da adottarsi entro il 31/10/2019.

## **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI LUNGODEGENZA MEDICA (COD. 60)**

Le modalità di assegnazione definite per l'annualità 2020 saranno le medesime utilizzate per l'assegnazione del budget 2019.

Saranno, inoltre, effettuate le seguenti decurtazioni:

- decurtazione del 10% rispetto al budget assegnato nel 2019, per le strutture che nel periodo 01/01/2019-31/12/2019 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 89% del budget 2019;
- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2019, per le strutture che nel periodo 01/01/2019-31/12/2019 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 94% ma superiore all'89% del budget 2019.

Le eventuali economie derivanti dalle decurtazioni elencate ai due paragrafi precedenti saranno integralmente redistribuite al settore con specifico provvedimento, previa consultazione delle Associazioni di Categoria, da adottarsi entro il 30/04/2020, secondo criteri correlati ai bisogni della popolazione individuati dalla Programmazione della Rete per prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale.

Copia

## ALLEGATO 3 - CRITERI DI FINANZIAMENTO RELATIVI ALL'ANNUALITÀ 2021

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI**

La Regione intende proseguire nell'ottimizzazione dell'uso delle risorse finanziarie, nei limiti di quanto previsto dalla *spending review*, evitando il congestionamento nelle Aree di Emergenza ed Urgenza, migliorando l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza al DM 70/2015.

Per la determinazione del finanziamento da assegnare a ciascun soggetto erogatore nell'anno 2021, si farà riferimento al livello massimo di finanziamento assegnato nell'esercizio 2020, confermando alcune delle regole introdotte per l'anno precedente, ovvero:

- decurtazione del 10% rispetto al budget assegnato nel 2020, per le strutture che nel periodo 01/01/2020-31/12/2020 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 89% del budget 2020;
- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2020, per le strutture che nel periodo 01/01/2020-31/12/2020 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 94% ma superiore all'89% del budget 2020;
- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2020 per le strutture che, dotate di posti letto ordinari di medicina generale (codice 26), non hanno registrato nel periodo 01/01/2020-31/12/2020 un'occupazione dei posti letto ordinari per pazienti provenienti da PS superiore al proprio valore soglia come sotto definito:

**TABELLA 2 – OBIETTIVO STRUTTURE DOTATE DI POSTI LETTO ORDINARI DI MEDICINA GENERALE (COD. 26)**

<b>Tasso di occupazione 2019 su PL cod. 26 da PS</b>	<b>Tasso di occupazione 01/01/2020-31/12/2020 su PL cod. 26 da PS<sup>(*)</sup></b>
$x \geq 85\%$	conferma del valore
$80\% \leq x < 85\%$	$x \geq 85\%$
$70\% \leq x < 80\%$	$x \geq 83\%$
$60\% \leq x < 70\%$	$x \geq 75\%$
$50\% \leq x < 60\%$	$x \geq 68\%$
$40\% \leq x < 50\%$	$x \geq 60\%$
$0\% \leq x < 40\%$	$x \geq 55\%$

<sup>(\*)</sup> Il valore obiettivo si intende conseguito solo se non si registra un incremento della degenza media nelle prestazioni erogate dalla specialità nel periodo 01/01/2020 - 31/12/2020, rispetto al corrispondente valore riferito all'intera annualità 2019.

Eventuali ulteriori criteri di incentivazione/penalizzazione delle prestazioni saranno finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi e degli esiti di salute, anche secondo quanto stabilito nel DM 70/2015 punto 4.6 *Qualità ed esiti* e potranno essere introdotti previa consultazione delle Associazioni di Categoria con specifico provvedimento da adottarsi entro il 31/10/2020.

Le economie derivanti dai criteri sopra elencati saranno integralmente redistribuite al settore entro il 30/04/2021, secondo criteri da definirsi aventi l'obiettivo, tra i quali quello di evitare il congestionamento delle Aree di Emergenza ed Urgenza.

Al fine di favorire la deospedalizzazione, rafforzando l'offerta di specialistica ambulatoriale, le Aziende Sanitarie Locali potranno trasferire fino ad un massimo del 10% di budget per acuti (escluso pertanto il FRAC) assegnato alle singole strutture private accreditate, incrementando per un equivalente valore il budget previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale della medesima struttura. Ciò al fine di favorire l'appropriatezza delle prestazioni, abbattere le liste di attesa delle cosiddette "prestazioni critiche", incentivare l'erogazione di prestazioni in APA. Tale modalità dovrà essere preceduta da formale istanza della singola struttura privata accreditata rivolta alla ASL competente e, per conoscenza, alla Regione Lazio, da trasmettersi entro il 31/10/2020. A conclusione dell'istruttoria da parte delle ASL territorialmente competenti, i livelli massimi di finanziamento per singola struttura (sia per le prestazioni di assistenza ospedaliera, sia di specialistica ambulatoriale) saranno recepiti nell'accordo contrattuale 2021.

### **PRESTAZIONI DI ALTA COMPLESSITA' FUORI REGIONE (F.R.A.C.)**

La Regione intende proseguire nella contrazione del saldo negativo di mobilità interregionale, nonché incentivare le prestazioni di alta complessità per i pazienti residenti (R.A.C.) e per i pazienti fuori regione (F.R.A.C.). Per l'anno 2021 si conferma il valore del fondo relativo alle prestazioni di alta complessità erogate in favore di cittadini fuori Regione, assegnato nell'anno 2020 (€ 30.000.000). Al fine di assegnare il livello massimo di finanziamento del F.R.A.C. entro il 31/12/2020, il budget 2021 per singola struttura sarà definito sulla base dell'incidenza percentuale della produzione di F.R.A.C. di ciascun soggetto erogatore privato accreditato rispetto al valore di produzione complessiva del F.R.A.C. relativamente agli anni 2019 e ai primi nove mesi del 2020.

In sede di remunerazione 2021, il budget aggiuntivo F.R.A.C. 2021 assegnato e non utilizzato, sarà redistribuito alle strutture che hanno effettuato una produzione F.R.A.C. 2021 maggiore del finanziamento assegnato. Le eventuali economie saranno suddivise (i) tra le strutture che avranno prodotto attività F.R.A.C. in misura maggiore del finanziamento rispettivamente assegnato, (ii) in base all'incidenza percentuale del F.R.A.C. prodotto in eccedenza dal singolo soggetto erogatore rispetto all'eccedenza complessiva del F.R.A.C.

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (COD. 56)**

I criteri di assegnazione per la definizione del budget relativo all'annualità 2021 confermano alcune delle regole introdotte per l'anno precedente, ovvero:

- decurtazione del 10% rispetto al budget assegnato nel 2020, per le strutture che nel periodo 01/01/2020-31/12/2020 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 89% del budget 2020;
- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2020, per le strutture che nel periodo 01/01/2020-31/12/2020 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 94% ma superiore all'89% del budget 2020.

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DI LUNGODEGENZA MEDICA (COD. 60)**

Le modalità di assegnazione definite per l'annualità 2021 saranno le medesime utilizzate per l'assegnazione del budget 2020.

Saranno, inoltre, effettuate le seguenti decurtazioni:

- decurtazione del 10% rispetto al budget assegnato nel 2020, per le strutture che nel periodo 01/01/2020-31/12/2020 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 89% del budget 2020;

- decurtazione del 5% rispetto al budget assegnato nel 2020, per le strutture che nel periodo 01/01/2020-31/12/2020 avranno registrato una produzione lorda inferiore o uguale al 94% ma superiore all'89% del budget 2020.

Le eventuali economie derivanti dalle decurtazioni elencate ai due paragrafi precedenti saranno integralmente redistribuite al settore con specifico provvedimento, previa consultazione delle Associazioni di Categoria, da adottarsi entro il 30/04/2021, secondo criteri correlati ai bisogni della popolazione individuati dalla Programmazione della Rete per prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale.

Copia

## **ALLEGATO 4 - REGOLE DI REMUNERAZIONE PER LE ANNUALITÀ 2019-2021**

### **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI – ANNUALITÀ 2019**

La stadiazione tariffaria, introdotta con il DCA n. 332/2015, sarà rettificata per gli accessi con data di ricovero dal 01/06/2019, secondo le percentuali evidenziate di seguito:

**TABELLA 3 – CLASSI TARIFFARIE**

Classi tariffarie	Ruolo nella rete – tipologia di struttura	DRG medici e chirurgici ad alta complessità	DRG chirurgici bassa e media complessità	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti <u>non</u> provenienti da PS	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti <u>non</u> provenienti da PS non inclusi nella colonna C	DRG medici relativi a dimissioni di pazienti provenienti da PS
		A	B	C	D	E
Classe 1	Dea II LIVELLO e POLICLINICI	100%	100%	100%	92%	100%
Classe 2	DEA I LIVELLO	100%	98%	98%	92%	100%
Classe 3	PS – PS SPECIALISTICO	100%	96%	96%	92%	100%
Classe 4	STRUTTURE SENZA PS	100%	94%	94%	92%	100%

Nell'**ALLEGATO 4A** sono elencati i DRG di cui alla colonna A della Tabella sopra riportata. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

Nell'**ALLEGATO 4B** sono elencati i DRG di cui alla colonna B della Tabella sopra riportata. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

Nell'**ALLEGATO 4C** sono elencati i DRG di cui alla colonna C della Tabella sopra riportata. Tali DRG si riferiscono ad attività elettive non comprimibili ovvero a ricoveri medici in esito a complicanze di attività elettive chirurgiche.

Nell'**ALLEGATO 4D** sono elencati i DRG di cui alla colonna D della Tabella sopra riportata.

Al fine di evitare l'utilizzo di modalità improprie di accesso conseguenti alle nuove regole di remunerazione, qualora il numero degli accessi "autonomi" (codice "4" denominato "modalità di arrivo del paziente in PS" su sistema SIES) rilevati nel 2019 in PS per codici bianchi e verdi a cui è seguito il ricovero sia maggiore del 3% del corrispondente numero di accessi rilevato nel 2018, la percentuale in eccedenza sarà decurtata dal finanziamento a funzioni per l'emergenza ed urgenza dell'anno 2020.

Sono confermati gli abbattimenti di cui al DCA n. 255/2017 e sono modificati, sempre con decorrenza dal 01/06/2019, in linea con quanto stabilito dal DM 70/2015:

- gli abbattimenti per ricovero per frattura del femore in base alla proporzione aggiustata di interventi chirurgici entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (65+) il cui protocollo per il calcolo e la standardizzazione è quello pubblicato nel Programma Regionale di Valutazione di Esito (PREVale). Gli abbattimenti saranno effettuati secondo quanto riportato in tabella:

**TABELLA 4 – INTERVENTI CHIRURGICI FRATTURA DEL FEMORE  
PER PAZIENTI ULTRASESSANTACINQUENNI**

<b>Proporzione aggiustata di interventi chirurgici entro 48 ore a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (65+)</b>	<b>Abbattimento tariffario<sup>(*)</sup></b>
minore del 60%	40%
maggiore o uguale al 60%	0%

<sup>(\*)</sup> l'abbattimento tariffario sarà calcolato sugli interventi chirurgici effettuati oltre 48 ore a partire dalla data di ricovero.

- i valori soglia e gli abbattimenti per i parti cesarei primari (DRG 370, 371) in base alla corrispondente proporzione aggiustata il cui protocollo per il calcolo e la standardizzazione è quello pubblicato nel Programma Regionale di Valutazione di Esito (PReVale). Gli abbattimenti saranno effettuati secondo quanto riportato in tabella:

**TABELLA 5 – PARTI CESAREI PRIMARI**

<b>Proporzione aggiustata di tagli cesarei primari in maternità - I livello</b>	<b>Proporzione aggiustata di tagli cesarei primari in maternità - II livello</b>	<b>Abbattimento tariffario<sup>(*)</sup></b>
minore o uguale al 15%	minore o uguale al 25%	0%
maggiore del 15%	maggiore del 25%	40%

<sup>(\*)</sup> l'abbattimento tariffario sarà calcolato sulla quota eccedente la proporzione aggiustata rispetto al valore soglia.

Saranno inoltre confermate le decurtazioni dei 119 DRG presenti nell'attuale DCA 218/2017 e s.m.i. (vedasi **ALLEGATO 4E**).

## PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI – ANNUALITÀ 2020

Per gli accessi con data di ricovero dal 1° gennaio 2020 la stadiazione tariffaria sarà rimodulata secondo le percentuali evidenziate di seguito:

**TABELLA 6 – CLASSI TARIFFARIE**

Classi tariffarie	Ruolo nella rete – tipologia di struttura	DRG medici e chirurgici ad alta complessità	DRG chirurgici bassa e media complessità	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti <u>non</u> provenienti da PS	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti <u>non</u> provenienti da PS non inclusi nella colonna C	DRG medici relativi a dimissioni di pazienti provenienti da PS
		A	B	C	D	E
Classe 1	Dea II LIVELLO e POLICLINICI	100%	100%	100%	88%	100%
Classe 2	DEA I LIVELLO	100%	98%	98%	88%	100%
Classe 3	PS – PS SPECIALISTICO	100%	96%	96%	88%	100%
Classe 4	STRUTTURE SENZA PS	100%	94%	94%	88%	100%

Nell'**ALLEGATO 4A** sono elencati i DRG di cui alla colonna A della Tabella sopra riportata. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

Nell'**ALLEGATO 4B** sono elencati i DRG di cui alla colonna B della Tabella sopra riportata. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

Nell'**ALLEGATO 4C** sono elencati i DRG di cui alla colonna C della Tabella sopra riportata. Tali DRG si riferiscono ad attività elettive non comprimibili ovvero a ricoveri medici in esito a complicanze di attività elettive chirurgiche.

Nell'**ALLEGATO 4D** sono elencati i DRG di cui alla colonna D della Tabella sopra riportata.

Al fine di evitare l'utilizzo di modalità improprie di accesso conseguenti alle nuove regole di remunerazione, qualora il numero degli accessi "autonomi" (codice "4" denominato "modalità di arrivo del paziente in PS" su sistema SIES) rilevati nel 2020 in PS per codici bianchi e verdi a cui è seguito il ricovero sia maggiore del 3% del corrispondente numero di accessi rilevato nel 2019, la percentuale in eccedenza sarà decurtata dal finanziamento a funzioni per l'emergenza ed urgenza dell'anno 2021.

Restano immutati gli abbattimenti introdotti con il DCA n. 255/2017, nonché quelli relativi a interventi chirurgici per frattura del femore, per pazienti ultrasessantacinquenni e ai parti cesarei primari.

Verranno inoltre applicate – dal 1° gennaio 2020 – le decurtazioni degli ulteriori 26 DRG a rischio di inappropriatazza (**ALLEGATO 4F**), che si sommeranno ai 119 DRG presenti nel DCA 218/2017 e s.m.i.<sup>(2)</sup> L'eventuale rettifica/integrazione dei valori soglia e delle percentuali di

<sup>2</sup> Nel computo degli ulteriori 26 DRG a rischio di inappropriatazza non sono stati inclusi i DRG 6 e 39 in quanto già abbattuti nel Lazio mediante tariffa APA

abbattimento per i DRG a rischio inappropriatelyzza di cui al periodo precedente, sarà oggetto di apposito provvedimento amministrativo da adottarsi entro il 31/10/2019 che integrerà il DCA 509/2018.

## PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI – ANNUALITÀ 2021

Per gli accessi con data di ricovero dal 1° gennaio 2021 la stadiazione tariffaria sarà rimodulata secondo le percentuali evidenziate di seguito:

**TABELLA 7 – CLASSI TARIFFARIE**

Classi tariffarie	Ruolo nella rete – tipologia di struttura	DRG medici e chirurgici ad alta complessità	DRG chirurgici bassa e media complessità	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti <u>non</u> provenienti da PS	DRG medici di bassa e media complessità di pazienti <u>non</u> provenienti da PS non inclusi nella colonna C	DRG medici relativi a dimissioni di pazienti provenienti da PS
		A	B	C	D	E
Classe 1	Dea II LIVELLO e POLICLINICI	100%	100%	100%	85%	100%
Classe 2	DEA I LIVELLO	100%	98%	98%	85%	100%
Classe 3	PS – PS SPECIALISTICO	100%	96%	96%	85%	100%
Classe 4	STRUTTURE SENZA PS	100%	94%	94%	85%	100%

Nell'**ALLEGATO 4A** sono elencati i DRG di cui alla colonna A della Tabella sopra riportata. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

Nell'**ALLEGATO 4B** sono elencati i DRG di cui alla colonna B della Tabella sopra riportata. Si fa presente che tale elenco potrà essere rivisto alla luce delle determinazioni che saranno assunte in sede di Conferenza Stato-Regioni in materia di accordi di Mobilità Sanitaria.

Nell'**ALLEGATO 4C** sono elencati i DRG di cui alla colonna C della Tabella sopra riportata. Tali DRG si riferiscono ad attività elettive non comprimibili ovvero a ricoveri medici in esito a complicanze di attività elettive chirurgiche.

Nell'**ALLEGATO 4D** sono elencati i DRG di cui alla colonna D della Tabella sopra riportata.

Al fine di evitare l'utilizzo di modalità improprie di accesso conseguenti alle nuove regole di remunerazione, qualora il numero degli accessi "autonomi" (codice "4" denominato "modalità di arrivo del paziente in PS" su sistema SIES) rilevati nel 2021 in PS per codici bianchi e verdi a cui è seguito il ricovero sia maggiore del 3% del corrispondente numero di accessi rilevato nel 2020, la percentuale in eccedenza sarà decurtata dal finanziamento a funzioni per l'emergenza ed urgenza dell'anno 2022.

Restano immutati gli abbattimenti introdotti con il DCA n. 255/2017, nonché quelli relativi a interventi chirurgici per frattura del femore, per pazienti ultrasessantacinquenni e ai parti cesarei primari.

Dal 1° gennaio 2021, saranno confermate le decurtazioni sui DRG a rischio di inappropriatelyzza, già richiamati per l'anno 2020.

### **FUORI REGIONE ALTA COMPLESSITÀ (F.R.A.C.) – ANNUALITÀ 2019**

La produzione 2019 di alta complessità fuori regione sarà remunerata attingendo integralmente dal budget aggiuntivo F.R.A.C., solo nel caso in cui il valore delle medesime prestazioni rese a favore dei pazienti residenti (R.A.C.) sia superiore al valore registrato nell'anno 2018. Nel caso in cui il R.A.C. 2019 non superi il R.A.C. 2018, il budget aggiuntivo F.R.A.C. remunererà esclusivamente l'eccedenza rispetto alla produzione F.R.A.C. registrata nell'esercizio 2015.

### **FUORI REGIONE ALTA COMPLESSITÀ (F.R.A.C.) – ANNUALITÀ 2020**

La produzione 2020 di alta complessità fuori regione sarà remunerata attingendo integralmente dal budget aggiuntivo F.R.A.C., solo nel caso in cui il valore delle medesime prestazioni rese a favore dei pazienti residenti (R.A.C.) sia superiore al valore registrato nell'anno 2019. Nel caso in cui il R.A.C. 2020 non superi il R.A.C. 2019, il budget aggiuntivo F.R.A.C. remunererà esclusivamente l'eccedenza rispetto alla produzione F.R.A.C. registrata nell'esercizio 2015.

### **FUORI REGIONE ALTA COMPLESSITÀ (F.R.A.C.) – ANNUALITÀ 2021**

La produzione 2021 di alta complessità fuori regione sarà remunerata attingendo integralmente dal budget aggiuntivo F.R.A.C., solo nel caso in cui il valore delle medesime prestazioni rese a favore dei pazienti residenti (R.A.C.) sia superiore al valore registrato nell'anno 2019. Nel caso in cui il R.A.C. 2021 non superi il R.A.C. 2019, il budget aggiuntivo F.R.A.C. remunererà esclusivamente l'eccedenza rispetto alla produzione F.R.A.C. registrata nell'esercizio 2015.

### **RIABILITAZIONE POST-ACUZIE, CODICE 56**

Saranno oggetto di revisione i DCA n. 444/2014, n. 332/2015, 159/2016 nonché 217/2017, con i quali la Regione ha definito regole di accesso, tariffe e valori soglia per le prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie in coerenza con i bisogni della popolazione individuati dalla Programmazione della Rete con l'obiettivo di incentivare le prestazioni di Riabilitazione, al momento, in MDC1 e disincentivare quelle delle altre MDC con decorrenza dal 01/01/2020. Tali modifiche saranno introdotte previa consultazione delle Associazioni di Categoria. Fintanto che tale revisione non sarà conclusa rimarranno in vigore le regole definite dal combinato disposto dei provvedimenti sopra citati.

### **LUNGODEGENZA MEDICA, CODICE 60**

Si confermano le tariffe e le soglie del DCA n. 310/2013, che prevedono una decurtazione del 40% della tariffa per le prestazioni erogate dopo il 60esimo giorno di ricovero, come di seguito esplicitate:

**TABELLA 8 – TARIFFE LUNGODEGENZA**

<b>Ricovero ordinario, durata di degenza entro soglia</b>	<b>Ricovero ordinario, durata di degenza oltre soglia</b>
€ 154,00 a giornata	€ 92,40 a giornata

Le motivazioni a sostegno di quanto sopra sono ravvisabili nell'intento della Regione di:

- ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie, nei limiti di quanto previsto dalla spending review;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza al DM 70/2015;
- evitare il congestionamento nelle Aree di Emergenza ed Urgenza;
- contrarre il saldo negativo di mobilità interregionale;

- e) incentivare le prestazioni di alta complessità per i pazienti residenti (R.A.C.) e per i pazienti fuori regione (F.R.A.C.);
- f) favorire la deospedalizzazione, rafforzando l'offerta di specialistica ambulatoriale.

Copia

Elenco dei DRG medici e chirurgici ad alta complessità

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
49	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo
75	4	C	Interventi maggiori sul torace
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
103	Pre	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
146	6	C	Resezione rettale con CC
147	6	C	Resezione rettale senza CC
149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
156	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
302	11	C	Trapianto renale
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia
304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori

Elenco dei DRG medici e chirurgici ad alta complessità

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni
480	Pre	C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
481	Pre	C	Trapianto di midollo osseo
484	24	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
495	Pre	C	Trapianto di polmone
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute
506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
512	Pre	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
513	Pre	C	Trapianto di pancreas
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
541	Pre	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore
542	Pre	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale

**Elenco dei DRG medici e chirurgici ad alta complessità**

<b>DRG</b>	<b>MDC</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni
578	18	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
36	2	C	Interventi sulla retina
37	2	C	Interventi sull'orbita
38	2	C	Interventi primari sull'iride
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
50	3	C	Sialoadenectomia
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
52	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi
53	3	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
54	3	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
56	3	C	Rinoplastica
57	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni
58	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
63	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco
119	5	C	Legatura e stripping di vene
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali con CC
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC
152	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
153	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
155	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
157	6	C	Interventi su ano e stoma con CC
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
159	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC

**Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità**

<b>DRG</b>	<b>MDC</b>	<b>Tipo</b>	<b>Descrizione</b>
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
197	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
198	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
216	8	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
225	8	C	Interventi sul piede
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
232	8	C	Artroscopia

## Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
257	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
258	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
259	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
260	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
263	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC
265	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
269	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
288	10	C	Interventi per obesità
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi
290	10	C	Interventi sulla tiroide
291	10	C	Interventi sul dotto tireoglossa
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC
305	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
306	11	C	Prostatectomia con CC
307	11	C	Prostatectomia senza CC
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC

Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
341	12	C	Interventi sul pene
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile
358	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
361	13	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
363	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
365	13	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile
370	14	C	Parto cesareo con CC
371	14	C	Parto cesareo senza CC
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari

## Elenco dei DRG chirurgici di bassa e media complessità

DRG	MDC	Tipo	Descrizione
468	NA	C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
476	NA	C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale
477	NA	C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
482	Pre	C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC
537	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
552	5	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
553	5	C	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
554	5	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
555	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
556	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
557	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
558	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
567	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
568	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
577	1	C	Inserzione di stent carotideo
579	18	C	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico

Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
10	1	M	Neopl. del sist. nervoso con CC
11	1	M	Neopl. del sist. nervoso senza CC
12	1	M	Mal. degenerative del sist. nervoso
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale
15	1	M	Mal. cerebrovascolari acute aspec. e oclus. precerebrale senza infarto
21	1	M	Meningite virale
45	2	M	Mal. neurologiche dell'occhio
64	3	M	Neopl. mal orecchio, naso, bocca e gola
78	4	M	Embolia polmonare
82	4	M	Neopl. dell'apparato respiratorio
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC
124	5	M	Mal. Carovasc. eccetto IMA, con cateter caraco e diagn complicata
125	5	M	Mal. Carovasc. eccetto IMA, con cateter caraco e agn. non complicata
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta
127	5	M	Insufficienza caraca e shock
129	5	M	Arresto caraco senza causa apparente
135	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni con CC
136	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età>17 anni senza CC
137	5	M	Mal. carache congenite e valvolari, età<18 anni
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione caraca con CC
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione caraca senza CC
172	6	M	Neopl. mal dell'apparato gerente con CC
173	6	M	Neopl. mal dell'apparato gerente senza CC
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC
179	6	M	Mal. infiammatorie dell'intestino
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica
203	7	M	Neopl. mal dell'apparato epatobiliare o del pancreas
204	7	M	Mal. del pancreas eccetto Neopl. mal
238	8	M	Osteomielite
239	8	M	Fratture patol e Neopl. mal del sist. muscolosch e tes connett
242	8	M	Artrite settica

**Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS**

<b>DRG</b>	<b>MDC</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
274	9	M	Neopl. mal della mammella con CC
275	9	M	Neopl. mal della mammella senza CC
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
300	10	M	Mal. endocrine con CC
316	11	M	Insufficienza renale
318	11	M	Neopl. del rene e delle vie urinarie con CC
319	11	M	Neopl. del rene e delle vie urinarie senza CC
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età<18 anni
346	12	M	Neopl. mal dell'apparato genitale maschile con CC
347	12	M	Neopl. mal dell'apparato genitale maschile senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
366	13	M	Neopl. mal apparato riproduttivo femminile con CC
367	13	M	Neopl. mal dell'apparato riproduttivo femminile senza CC
372	14	M	Parto vaginale con diagn complicanti
373	14	M	Parto vaginale senza diagn complicanti
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico
378	14	M	Gravidanza ectopica
379	14	M	Minaccia aborto
380	14	M	Aborto senza latazione e raschiamento
382	14	M	Falso travaglio
383	14	M	Altre diagn parto con complicazioni meche
384	14	M	Altre diagn parto senza complicazioni meche
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture Assist per acuti
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da stress respiratorio
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative
391	15	M	Neonato normale
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età>17 anni
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età<18 anni
397	16	M	Disturbi della coagulazione
398	16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale e immunitario con CC
399	16	M	Disturbi sist. reticoloendoteliale e immunitario senza CC
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC

**Elenco dei DRG medici di bassa e media complessità di pazienti non provenienti da PS**

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
405	17	M	Leucemia acuta senza inter. chirurgici maggiori, età<18 anni
409	17	M	Raoterapia
410	17	M	Chem non assoc a diagn second leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi neoplasia maligna senza endoscopia
412	17	M	Anamnesi neoplasia maligna con endoscopia
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e Neopl. poco fferenziate con CC
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e Neopl. poco fferenziate senza CC
417	18	M	Setticemia, età<18 anni
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche
425	19	M	Reazione acuta adattamento e sfunzione psicosociale
426	19	M	Nevrosi depressive
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
430	19	M	Psicosi
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia
432	19	M	Altre diagn relative a sturbi mentali
433	20	M	Abuso o pendenza da alcool/farmaci; messo contro il parere dei sanitari
465	23	M	Assist riab con anamnesi neoplasia maligna come diagn second
466	23	M	Assist riab senza anamnesi neoplasia maligna come diagn second
473	17	M	Leucemia acuta senza inter. chirurgici maggiori, età>17 anni
487	24	M	Altri traum. multipli rilevanti
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
492	17	M	Chem assoc a diagn second leucemia acuta con uso alt dos ag chem
521	20	M	Abuso o pendenza da alcool/farmaci con CC
522	20	M	Abuso o pendenza da alcool/farmaci con terapia riab senza CC
523	20	M	Abuso o pendenza da alcool/farmaci senza terapia riab senza CC
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore
566	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore
572	6	M	Mal. gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età>17 anni
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età>17 anni

**Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. C**

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
9	1	M	Malattie e traumasmi del midollo spinale
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni
34	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
43	2	M	Ifema
44	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio
46	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
48	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio
66	3	M	Epistassi
67	3	M	Epiglottite
68	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
71	3	M	Laringotracheite
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC
85	4	M	Versamento pleurico con CC

**Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. C**

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
86	4	M	Versamento pleurico senza CC
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC
94	4	M	Pneumotorace con CC
95	4	M	Pneumotorace senza CC
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni
99	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC
132	5	M	Aterosclerosi con CC
133	5	M	Aterosclerosi senza CC
134	5	M	Iperensione
140	5	M	Angina pectoris
141	5	M	Sincope e collasso con CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC
143	5	M	Dolore toracico
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
176	6	M	Ulcera peptica complicata
177	6	M	Ulcera peptica non complicata con CC
178	6	M	Ulcera peptica non complicata senza CC
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni

**Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'Al. C**

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC
235	8	M	Fratture del femore
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo con CC
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Afezioni mediche del dorso
244	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
246	8	M	Artropatie non specifiche
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
250	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
253	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
255	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
271	9	M	Ulcere della pelle
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni

**Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'Al. C**

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
317	11	M	Ricovero per dialisi renale
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
348	12	M	Ipertrofia prostatica benigna con CC
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
368	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni

**Elenco dei DRG medici di bassa e media compl. di paz. non prov. da PS non incl. nell'All. C**

<b>DRG</b>	<b>MDC</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC
462	23	M	Riabilitazione
463	23	M	Segni e sintomi con CC
464	23	M	Segni e sintomi senza CC
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ? 96 ore senza innesto di cute
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria
559	1	M	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici
560	1	M	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso
561	1	M	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale
562	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago

Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
36	2	C	Interventi sulla retina
38	2	C	Interventi primari sull'iride
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC
119	5	C	Legatura e stripping di vene
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC
133	5	M	Aterosclerosi senza CC
134	5	M	Ipertensione
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC

**Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.**

<b>DRG</b>	<b>MDC</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	8	C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC

**Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.**

<b>DRG</b>	<b>MDC</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
317	11	M	Ricovero per dialisi renale
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	13	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia

**Elenco dei DRG valutati con il metodo Appro3, DCA 218/2017 (allegato B) e s.m.i.**

<b>DRG</b>	<b>MDC</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni

Copia

## Elenco degli ulteriori DRG a rischio di inappropriately valutati dal 1° gennaio 2020

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso (eccetto urgenze)
67	3	M	Epiglottite (eccetto urgenze)
71	3	M	Laringotracheite (eccetto urgenze)
125	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata (eccetto ricoveri di 0-1 giorno e urgenze)
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock (eccetto urgenze)
143	5	M	Dolore toracico (eccetto urgenze)
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC (eccetto urgenze)
179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino (eccetto urgenze)
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC (eccetto urgenze)
225	8	C	Interventi sul piede (eccetto urgenze)
246	8	M	Artropatie non specifiche (eccetto urgenze)
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale (eccetto urgenze)
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC (eccetto urgenze)
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC (eccetto urgenze)
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi (eccetto urgenze)
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC (eccetto urgenze)
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni (eccetto urgenze)
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno e urgenze)
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorno e urgenze)
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC (eccetto urgenze)
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC (eccetto urgenze)
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici (eccetto urgenze)
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC (eccetto urgenze)
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi (eccetto urgenze)
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo (eccetto urgenze)
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo (eccetto urgenze)