

Luca Rossetto

M

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 20 aprile 2004

Si pubblica normalmente il 19, 20 e 30 di ogni mese.
Registrazione Tribunale di Roma n. 569/1986

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685116/18.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 settembre 2003, n. 864.

DOCUP Obiettivo 2 Lazio 2000-2006, Asse IV, Misura IV.2 strumenti finanziari per l'innovazione Sottomisura IV.2.3, fondo di capitale di rischio per i processi di innovazione: Approvazione del Piano di attività del Fondo, dello Statuto del Fondo, dello schema di Convenzione per la gestione del Fondo e dello schema di Invito a manifestare interesse per la compartecipazione di operatori terzi al Fondo.....

Pag. 3

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 febbraio 2004, n. 87.

Comune di San Cesareo. Realizzazione della rete fognaria e impianto di depurazione in località Quarti della Vetrice in variante al P.R.G.. Delibera consiliare n. 20 del 27 marzo 2002. Approvazione.....

» 43

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

28 GIU. 2002

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL _____

ADDI' 28 GIU. 2002 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

Ufficio
Giunta

STORACE	Francesco	Presidente	GARGANO	Nino	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLI	Enrico	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Dei	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
GIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Adolfo Papi.
.....OMISSIS

ASSENTI: ARACRI - GIARAMELLETTI

DELIBERAZIONE N° -864-

OGGETTO: _____ Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 2C del DPCM del 29/11/01



864 6 GIU. 2002

OGGETTO: Individuazione delle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriately di cui all'allegato 2C del DPCM del 29.11.01

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità

VISTO il decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni;

VISTA la Legge 16 novembre 2001 n.405 di conversione del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria";

VISTO il DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" ed in particolare l'allegato 2C recante: "Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione";

PRESO ATTO che nell'allegato di cui sopra è riportato un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriately" se erogati in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali;

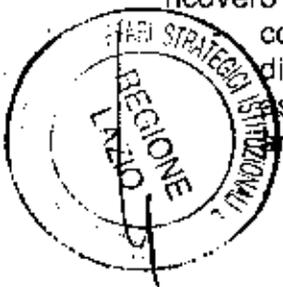
VISTA la propria deliberazione n. 255 del 1 marzo 2002 con la quale:

- ha preso atto del DPCM 29 novembre 2001 "DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA"
- ha ridefinito le "Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche" contenute nell'allegato 2B al decreto "lettera c)- medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale" includendovi le prestazioni di : Laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasonoterapia e mesoterapia
- ha rinviato, tra l'altro, l'individuazione delle condizioni per l'erogazione nell'ambito e a carico del Servizio Sanitario Regionale delle prestazioni incluse nell'allegato 2B al decreto così integrate, fatto salvo quanto già stabilito per la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri con le DDGR 7 dicembre 2001 n.1887 e 11 gennaio 2002 n.32;
- ha rinviato l'individuazione dei valori soglia regionali di ammissibilità delle prestazioni di ricovero ordinario individuate nell'allegato 2C allo stesso decreto;

PRESO ATTO che con determinazione dirigenziale del 4 giugno 2002 n.384/10 A è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico sui LEA composto da funzionari dell' Assessorato, dell'Agenzia di Sanità Pubblica, delle ASL integrato da esperti designati dalle Associazioni ARIS, AIOP, ANISAP e FEDERLAZIO allo scopo di procedere agli approfondimenti tecnici riguardanti le condizioni di erogabilità delle prestazioni di cui all'allegato 2B e 2C al decreto;

VISTA la DGR N.996 del 10 luglio 2001 "Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero" che prevede la distinzione dei controlli in:

controlli analitici di appropriatezza generica dell'uso dell'ospedale, mirati a episodi di ricovero con severità di malattia minima attribuiti a DRG a bassa complessità assistenziale. Tali controlli vengono effettuati negli istituti che superano la soglia di ammissibilità DRG-specifica calcolata in accordo al metodo di valutazione



W

dell'appropriatezza descritto nella DGR N.996, e successivamente definito come metodo APPRO (si veda allegato 1, per ulteriori dettagli sul metodo).



- controlli di congruità, effettuati mediante il monitoraggio costante di appositi indicatori e il confronto tra schede RAD e cartelle cliniche mirati a rivelare la correttezza della compilazione della scheda di dimissione, ossia il grado di corrispondenza tra quanto accaduto durante il ricovero e riportato nella documentazione clinica (cartella clinica, registro di sala operatoria, etc) e quanto segnalato e codificato sulla scheda RAD, nonché l'eventuale presenza ed entità di comportamenti opportunistici da parte degli istituti di ricovero, tramite controlli campionari analitici delle schede RAD e delle cartelle cliniche.

VISTA la Circolare n.59 del 13. 2. 2002 recante il "Regolamento per l'effettuazione dei controlli esterni dell'attività di ricovero ai sensi della DGR 996/01";

TENUTO CONTO che la stessa deliberazione e la circolare succitata prevedono, tra l'altro, che le prestazioni di ricovero risultanti inappropriate a seguito dei controlli analitici presso i soggetti erogatori possano essere riclassificate e assoggettate ad una diversa valorizzazione economica e in particolare, remunerate se associate ad un DRG chirurgico, in base al tariffario nazionale dei ricoveri diurni, o come accessi di day hospital medico pari al numero delle giornate di degenza risultanti al sistema informativo ospedaliero in caso di DRG non chirurgico;

CONSIDERATO che l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio nel dare attuazione alla DGR di cui sopra ha definito un elenco di DRG oggetto di controllo di appropriatezza, in parte coincidente con i DRG individuati nell'allegato 2C al DPCM, per i quali ha determinato la soglia regionale di ammissibilità mediante l'applicazione del metodo APPRO.

CONSIDERATO che occorre intervenire per qualificare la spesa regionale per l'assistenza ospedaliera per acuti dando applicazione al DPCM 29 novembre 2001, in coerenza con gli "Indirizzi per la programmazione sanitaria regionale (PSR) triennio 2002-2004", e nelle more della loro definitiva approvazione da parte del Consiglio Regionale, promuovendo l'erogazione delle prestazioni al livello assistenziale più appropriato e favorendo lo sviluppo dei regimi assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero;

CONSIDERATO opportuno procedere alla determinazione, sugli archivi delle dimissioni relative all'anno 2001, delle soglie regionali di ammissibilità DRG-specifiche, calcolate con il metodo APPRO e corrispondenti al 25° percentile delle distribuzioni degli istituti erogatori, e, sulla base delle soglie, determinare gli effetti economici relativi alla appropriatezza generica degli istituti di ricovero;



RITENUTO a tale scopo di definire le soglie regionali di ammissibilità dei ricoveri ordinari per acuti per l'elenco dei DRG riportato in Allegato 2 che forma parte integrante della presente deliberazione, includendovi sia i DRG previsti dall'allegato 2C al decreto, sia ulteriori DRG ritenuti a rischio di inappropriatezza sulla base delle rilevazioni regionali;

RITENUTO altresì che le prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate da ciascun soggetto erogatore, pubblico e privato accreditato a decorrere dal 1.7.2002, che superino nell'anno in corso il valore soglia regionale, e quindi risultino non appropriate vengano riclassificate e remunerate, se associate ad un DRG chirurgico, in base al tariffario



864

W

nazionale dei ricoveri diurni, o, in caso di DRG non chirurgico, con tariffa pari a due accessi del corrispondente day hospital medico;



RITENUTO inoltre che le eventuali detrazioni, dalla remunerazione riconosciuta alle strutture, degli importi che scaturiscono dalla riclassificazione dei ricoveri oggetto della valutazione, vengono definite tempestivamente ed effettuate annualmente, al momento del saldo o del conguaglio. La decurtazione viene applicata sul ricavo che la struttura erogatrice avrebbe percepito in assenza dell'intervento di controllo. Gli importi da decurtare saranno oggetto di apposito provvedimento che verrà adottato dal Direttore Generale dell'ASL o, nel caso degli Istituti aziendalizzati, dagli uffici dell'Assessorato responsabili della gestione economica del sistema di finanziamento e della liquidazione delle fatture dei vari soggetti erogatori. Le differenze di ricavo vengono calcolate sulla base delle tariffe delle prestazioni ospedaliere stabilite dal Ministero della Sanità con il DM 30 Giugno 1997, prive delle modulazioni risultanti dal sistema tariffario in vigore.

RITENUTO di rinviare le eventuali modifiche alla DGR 996/01 conseguenti all'emanazione del DPCM 29.11.01 e all'esigenza di armonizzazione con il presente atto ad un successivo provvedimento, anche in relazione alla verifica annuale dell'andamento dei controlli;

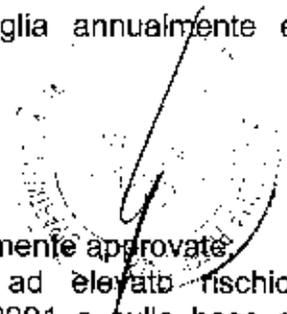
CONSIDERATO altresì di confermare l'attuale sistema di controllo delle attività di assistenza ospedaliera, che potrà comunque riguardare anche le prestazioni erogate nell'ambito dei valori soglia determinati, e i relativi effetti economici.

RITENUTO infine, di dare mandato:

- alle Aziende Unità Sanitarie Locali di notificare ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati del territorio di propria competenza la presente deliberazione entro sette giorni dalla data di adozione;
- all'ASP di provvedere all'aggiornamento dei valori soglia annualmente e ai conseguenti adempimenti di competenza;

all'unanimità,

DELIBERA



per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente approvate

1. di determinare i valori soglia regionali per i DRG ad elevato rischio di inappropriata sugli archivi delle dimissioni dell'anno 2001 e sulla base degli stessi stabilire gli effetti economici relativi ai risultati della valutazione di appropriatezza generica dell'uso dell'ospedale, eseguita esclusivamente sugli archivi informatici con il metodo APPRO;
2. di definire le soglie regionali di ammissibilità dei ricoveri ordinari per acuti per l'elenco dei DRG riportato in allegato 2 che forma parte integrante della presente deliberazione, includendovi sia i DRG previsti dall'allegato 2C al decreto, sia ulteriori DRG ritenuti a rischio di inappropriata sulla base delle rilevazioni regionali;
3. che le prestazioni di ricovero ordinario per acuti erogate da ciascun soggetto erogatore, pubblico e privato accreditato a decorrere dal 1.7.2002, che superino nell'anno oggetto di valutazione il valore soglia regionale, e quindi risultino non appropriate vengano riclassificate e remunerate, se associate ad un DRG chirurgico, in base al tariffario nazionale dei ricoveri diurni, o, in caso di DRG non chirurgico, con tariffa pari a due accessi del corrispondente day hospital medico.



3

864 28 GIU. 2002 W



4. che le eventuali detrazioni, dalla remunerazione riconosciuta alle strutture, degli importi che scaturiscono dalla riclassificazione dei ricoveri oggetto del controllo, vengono definite tempestivamente ed effettuate annualmente, al momento del saldo o del conguaglio. La decurtazione viene applicata sul ricavo calcolato sulla base delle tariffe delle prestazioni ospedaliere stabilite dal Ministero della Sanità con il DM 30 Giugno 1997, prive delle modulazioni risultanti dal sistema tariffario in vigore. Gli importi da decurtare saranno oggetto di apposito provvedimento che verrà adottato dal Direttore Generale dell'ASL o, nel caso degli Istituti aziendalizzati, dagli uffici dell'Assessorato responsabili della gestione economica del sistema di finanziamento e della liquidazione delle fatture dei vari soggetti erogatori.
5. di rinviare le eventuali modifiche alla DGR 996/01 conseguenti all'emanazione del DPCM 29.11.01 e all'esigenza di armonizzazione con il presente atto ad un successivo provvedimento, anche in relazione alla verifica annuale dell'andamento dei controlli
6. di confermare l'attuale sistema di controllo delle attività di assistenza ospedaliera, che potrà comunque riguardare anche le prestazioni erogate nell'ambito dei valori soglia determinati, e i relativi effetti economici;
7. di dare mandato:
 - alle Aziende Unità Sanitarie Locali di notificare ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati del territorio di propria competenza la presente deliberazione entro sette giorni dalla data di adozione;
 - all'ASP di provvedere all'aggiornamento dei valori soglia annualmente e ai conseguenti adempimenti di competenza.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Dott. Adolfo Papi

7 LUG. 2002



ALLEGATO 1.

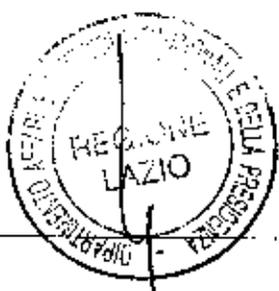
IL METODO APPRO

Presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio è stato sviluppato un metodo innovativo che permette di valutare l'appropriatezza dei ricoveri ordinari per acuti a partire dai dati amministrativi, mediante stadiazione per gravità e calcolo di "soglie di ammissibilità" per i ricoveri a rischio di inappropriatelyzza.

Come descritto in Figura, il metodo APPRO si articola in 4 fasi che rappresentano il percorso di selezione della casistica a bassa complessità assistenziale e a gravità minima, e di identificazione dei ricoveri inappropriati come quote eccedenti rispetto a delle soglie di riferimento.

LE FASI DEL METODO APPRO E PROCEDURE DI CALCOLO DELLE SOGLIE

<p>1. SELEZIONE DELLA CASISTICA</p>	<p>- DRG / PROCEDURE a bassa complessità assistenziale (43 DRG del DPCM sui LEA e/o altri DRG considerati ad alto rischio di inappropriatelyzza)</p>
<p>2. INDIVIDUAZIONE DEI RICOVERI A GRAVITÀ MINIMA (MEDIANTE IL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DEGLI APR-DRG)</p>	<p>Esclusione degli episodi di ricovero con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - decesso - abnorme durata della degenza (oltre il valore soglia ministeriale, DRG-specifico) - sottoclasse APR-DRG di gravità e/o rischio di morte > 1
<p>3. CALCOLO DELLE SOGLIE E DI AMMISSIBILITÀ DRG-SPECIFICHE</p>	<p>- Soglia di ammissibilità = valore atteso di <i>inappropriatelyzza tollerata</i>, riferito all'intero ambito della valutazione, da calcolare come segue:</p> $\text{Soglia} = \frac{\text{N° di ricoveri a gravità minima in regime ordinario di degenza} > 1 \text{ giorno}}{\text{N° totale di ricoveri a gravità minima in regime ordinario e di DH}} \times 100$ <p>- Dal calcolo delle soglie vengono esclusi gli istituti dove risulta concentrata più del 40% della casistica DRG specifica, qualora il valore osservato per l'istituto risulta superiore alla soglia.</p>
<p>4. CALCOLO DELLE QUOTE DI INAPPROPRIATEZZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Per ciascun soggetto erogatore viene calcolata la percentuale di ricoveri ordinari di durata standard, DRG per DRG, applicando alla casistica la medesima formula utilizzata per la determinazione delle soglie - La quota di dimissioni giudicata inappropriata per singolo DRG "al di là di ogni ragionevole dubbio" è determinata da:



Handwritten signature

sesto del

	1) <i>Quota eccedente % = valore osservato % - valore soglia %</i> 2) <i>N° di ricoveri inappropriati : quota eccedente % x N° totale di ricoveri ordinari e di DH</i>
--	---

I ricoveri a gravità minima, in ragione di questa loro caratteristica, sono tutti potenzialmente effettuabili in DH. E dunque, nell'ambito di tale casistica, i ricoveri ordinari di durata > 1 giorno si configurano come ricoveri "ad alto rischio di inappropriatezza", anche se non *certamente* inappropriati, poiché la natura dei dati amministrativi non consente certezze assolute sugli aspetti clinici e non permette di fare riferimento alla dimensione sociale del ricovero.

Proprio questa incertezza rispetto alla valutazione viene esplicitata dalle soglie di ammissibilità, che esprimono la quota tollerata di inappropriatezza all'interno della casistica considerata.

Conseguentemente, si possono definire come inappropriati "al di là di ogni ragionevole dubbio" quei ricoveri ordinari > 1 giorno che eccedono le soglie di ammissibilità DRG-specifiche.

In alternativa alle procedure descritte in Figura, è possibile calcolare le soglie di ammissibilità sulla base di altri valori di riferimento, come il 25° percentile della distribuzione DRG specifica degli istituti erogatori. La presente delibera utilizza quest'ultima procedura per la determinazione delle soglie.

sesto del

SESTO DEL

W

S

LEG. alla DELIB. N. 864
28 GIU. 2002

ALLEGATO N.2

Soglie regionali di ammissibilità DRG specifiche (25° percentile) secondo il metodo APPRO.

DRG LEA				
006	C	DECOMPRESIONE TUNNEL CARPALE		2,3
019	M	MAL. NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC		38,5
025	M	CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ >17 SENZA CC		47,4
039	C	INT. SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		24,9
040	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETÀ >17		11,5
041	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETÀ <18		79,7
042	C	INT. INTRAOCULARI ESCL. RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	Escluso codici 11.6_ (trapianto di cornea)	12,9
055	C	MISCELLANEA INT. SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		81,0
065	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO		57,0
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE		71,8
131	M	MAL. VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC		46,9
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC		34,2
134	M	IPERTENSIONE		39,5
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC		80,8
158	C	INT. SU ANO E STOMA SENZA CC		83,8
160	C	INT. ERNIA ESCL. INGUIN. E FEMOR., ETÀ >17 SENZA CC		87,0
162	C	INT. ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ >17 SENZA CC		74,6
163	C	INT. ERNIA, ETÀ <18		70,6
183	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ >17 SENZA CC		58,9
184	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ <18		63,8
187	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI		27,0
208	M	MAL. VIE BILIARI SENZA CC		75,5
222	C	INT. SU GINOCCHIO SENZA CC	Limitatamente al codice 80.6 (asp. cartilagine samilunare)	68,5
232	C	ARTROSCOPIA		56,6
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO		60,6
262	C	BIOPSIA MAMMELLA E ESCISS. LOCALE NON PER T.M.	Limitatamente codici 85.20 (asp. tessuto mammella) e 85.21 (asp. Locale lesione mammella)	34,7
267	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI		44,5
270	C	ALTRI INT. PELLE, SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC		10,1
276	M	PATOLOGIE NON MALIGNHE DELLA MAMMELLA		12,1
281	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ >17 SENZA CC		57,5
282	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ <18		43,1
283	M	MAL. MINORI DELLA PELLE CON CC		95,0
284	M	MAL. MINORI DELLA PELLE SENZA CC		20,1
294	M	DIABETE ETÀ >35		24,0
301	M	MAL. ENDOCRINE SENZA CC		15,7
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC		65,7
326	M	SEGNI, SINTOMI RENE E VIE URINARIE, ETÀ >17 SENZA CC		35,3
364	C	D&C, CONIZZAZIONE ESCL PER T.M.		43,2
395	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ >17		28,6
426	M	NEVROSI DEPRESSIVE		52,7
427	M	NEVROSI ESCL. NEVROSI DEPRESSIVE		25,0
429	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE		23,1
467	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE		44,1

ALTRI DRG NON APPARTENENTI AI LEA

315	C	ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE	Limitatamente al codice 39.27 (Arteriovenostomia per dialisi renale)	16,1
343	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18		49,6
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17		9,0
206	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPL. MAL. CIRR. NO CC.		34,2
369	M	DIST. MESTR. E ALTRI DISTR. APPAR. RIPRODUTTIVO FEMM.		40,0
411	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA		2,4

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Assessorato per la

Assessorato per la