

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

XX

- 9 LUG. 2004

ESTRAITTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL \_\_\_\_\_

- 9 LUG. 2004

ADDI' NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 2 12  
ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	IANNARILLI Antonello	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice-Presidente	PRESTAGIOVANNI Bruno	"
AUGELLO	Andrea	Assessore	ROBILOTTA Donato	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SAPONARO Francesco	"
DIONISI	Arnando	"	SARACENI Vincenzo Maria	"
FORMISANO	Anna Teresa	"	VERZASCHI Marco	"
GARGANO	Giulio	"		

ASSISTE IL SEGRETARIO Tommaso NARDINI  
.....OMISSIS

ASSENTI: Ciaramelletti - Dionisi - Gargano - \_\_\_\_\_  
Iannarilli - Robilotta

DELIBERAZIONE N. - 602 -

OGGETTO:

OGGETTO: ripartizione tra le A.S.L. del Lazio del fondo sanitario regionale 2004. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno 2004. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale erogate dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati.



602 - 9 LUG. 2004

**OGGETTO:** ripartizione tra le A.S.L. del Lazio del fondo sanitario regionale 2004. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno 2004. Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati.

Definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale erogate dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati.

**LA GIUNTA REGIONALE**

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

**VISTO** il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio della libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti;

**VISTA** la Legge 662/96 che al comma 34 dell'art. 1 definisce i criteri e gli indicatori che devono essere considerati al fine della determinazione della quota capitaria per il finanziamento dei livelli di assistenza;

**PRESO ATTO** del D.L.vo 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

**VISTO** l'accordo Stato-Regioni 8.8.2001 con il quale è stato sancito l'impegno delle Regioni ad adottare le possibili iniziative per il contenimento della spesa sanitaria nell'ambito delle risorse disponibili e per la corretta ed efficace gestione dei Servizi Sanitari;

**VISTA** la D.G.R. n. 2594 del 25.12.2000 riguardante il finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2001;

**VISTA** la D.G.R. n. 2047 del 21.12.2001 riguardante il finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2002;

**VISTA** la D.G.R. n. 1762 del 20.12.2002 riguardante il finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2003;

**TENUTO CONTO** del DPCM del 29.11.2001 "Definizione di Livelli Essenziali di Assistenza";

**VISTA** la DGR 971/2002 relativa all'adeguamento a valere dal 1.1.2002 delle tariffe dei DRG pediatrici e neonatali;

**VISTA** la DGR 1026/2002 recante "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria nella Regione Lazio" che ridetermina le tariffe delle prestazioni di Day hospital chirurgico nella misura prevista dal D.M. 30.06.97 incrementata del 3%;

**VISTA** la DGR 864 del 28.6.2002 sulle soglie regionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera ad elevato rischio di inappropriatazza;



Handwritten signature

602 - 9 LUG. 2004 *G*

**PRESO ATTO** che la proposta di riparto tra le Regioni delle risorse disponibili per il S.S.N. dell'anno 2004, approvata dalla Conferenza Stato/Regioni nella seduta del 12 febbraio u.s. definisce per il Lazio un fabbisogno pari a € 7.156.433.516,00;

**RITENUTO**, pertanto, necessario provvedere all'attribuzione alle Aziende Sanitarie Locali del finanziamento per livelli di assistenza riferito alla popolazione residente per l'anno 2004, nel modo seguente:

1. accantonamento di una quota del Fondo Sanitario Regionale nella misura del 7% da ripartire a consuntivo in base ai seguenti elementi:

- **per il livello della prevenzione:** numero e consistenza degli insediamenti industriali, degli allevamenti animali, dei cantieri edili aperti, attività di prevenzione specifica su sottoinsiemi di popolazione bersaglio
- **per il livello distrettuale:** particolari configurazioni territoriali (litorale, zone montane, isole) con scarsa densità di popolazione, prestazioni di assistenza territoriale acquistate all'esterno i cui costi non sono ancora rilevati per residenza dell'utente, farmaci a distribuzione diretta rilevati mediante l'apposito flusso informativo e rete dei servizi a gestione diretta *servizi preventivi rilevati sul SSR*
- **per il livello dell'ospedaliera:** rete dei presidi ospedalieri a gestione diretta e tasso di ospedalizzazione per i 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001 secondo la metodologia riportata in allegato 4;
- **per i tre livelli di assistenza:** progetti a rilevanza regionale aventi il carattere della sperimentazione e della innovazione assistenziale;

2. ripartizione, a preventivo, tra le Aziende sanitarie locali del Fondo Sanitario Regionale disponibile pari a € 6.656.433.516,00, destinando al livello dell'assistenza ospedaliera il finanziamento previsto - quale fabbisogno - nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale in quanto lo stesso rappresenta il parametro economico di riferimento dei consumi della popolazione residente Lazio e dell'appropriatezza organizzativa nell'erogazione di prestazioni ospedaliere da parte dei soggetti erogatori pubblici e privati.

▶ <b>livello della prevenzione</b>	€ 329.195.942
da ripartire - al netto del finanziamento dell'ARPA - in base alla popolazione assoluta (tab. A)	
▶ <b>livello assistenza distrettuale</b>	€ 3.101.472.574
da ripartire - al netto delle entrate proprie e del finanziamento dell'emergenza territoriale - in base alla popolazione assoluta (tab. B)	
▶ <b>livello assistenza ospedaliera</b>	€ 3.225.765.000
così suddiviso:	
fondo funzioni ospedaliere	€ 266.000.000
fondo riequilibrio	€ 107.226.000
rilevati a livello regionale	
fondo riabilitazione	€ 412.000.000
fondo ricoveri per acuti	€ 2.440.539.000
da ripartire in base alla popolazione pesata sulla base dei consumi per fasce di età (tab. C)	





**CONSIDERATO** che il sistema regionale di finanziamento del livello dell'assistenza ospedaliera ha individuato, fin dalla sua introduzione nell'anno 2001, quale obiettivo fondamentale il graduale passaggio ad un sistema di remunerazione basato esclusivamente sulle prestazioni prodotte, ripartite in rapporto al finanziamento per area di residenza dei pazienti;

**RILEVATO** che di conseguenza nella distribuzione delle risorse all'interno del fondo per l'assistenza ospedaliera quota parte di quelle destinate nel triennio 2001/2003 al fondo di riequilibrio confluisce nel fondo ricoveri per acuti;

**RIBADITA** in via preliminare l'esigenza di definire, nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale disponibile, i sistemi di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie individuando quale strategia prioritaria il perseguimento dell'appropriatezza nella loro erogazione, per garantire il corretto utilizzo delle risorse nei livelli di assistenza, al fine di migliorare l'efficienza economica del Servizio sanitario regionale e nel contempo assicurare un più alto grado di soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei cittadini;

**RILEVATO** in particolare che la quota di € 2.440.539.000,00 è destinata alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti in regime ordinario e di day hospital nei presidi pubblici e privati accreditati del Lazio nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva;

**RITENUTO** di confermare il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori per quanto riguarda sia la riduzione tariffaria connessa all'eventuale superamento della quota di finanziamento per ASL - individuando un fondo unico per le ASL della città di ROMA - sia il meccanismo di abbattimento differenziato per tipologie di prestazioni, rinviando la **descrizione dettagliata dei criteri di finanziamento e di abbattimento delle prestazioni ospedaliere per acuti al documento allegato 1** che forma parte integrante del presente provvedimento;

**RILEVATO** che le prestazioni di ricovero ospedaliero a favore di cittadini residenti nelle altre Regioni effettuate dalle strutture erogatrici del Lazio saranno remunerate sulla base delle tariffe stabilite nell'Accordo approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome;

**RITENUTO** necessario incentivare il ricorso al parto vaginale (all.3) ed alcune prestazioni di elevato impegno assistenziale e di dimostrata efficacia terapeutica nonché le prestazioni per le quali gli attuali tempi di attesa sono ancora superiori ai tempi massimi individuati dalla DGR 1725/2002 (all.4), dando mandato alle Direzioni regionali Programmazione sanitaria e Tutela della Salute e S.S.R. di individuare anche nel corso dell'anno altre prestazioni da incentivare, previo approfondimento che consideri in particolare l'esigenza di garantirne l'efficacia e l'appropriatezza clinica e di far gravare i relativi incentivi economici sul fondo funzioni ospedaliere;

**RILEVATA** altresì l'esigenza, per migliorare il livello di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, di:



aggiornare le soglie di ammissibilità previste dalla DRG 864/2002 e allargare la valutazione di appropriatezza ad un ulteriore gruppo di DRG, secondo quanto riportato in allegato 5; prevedere il monitoraggio delle attività delle strutture erogatrici al fine di accertare comportamenti tesi ad aggirare le soglie di ammissibilità e stabilire in questi casi l'applicazione delle sanzioni previste dall'art.70 della legge regionale 2/2003 con le modalità individuate nell'allegato 5;

**RITENUTO** di conseguenza di dover favorire la riconversione di posti-letto di degenza ordinaria in posti-letto di day-hospital anche oltre il 10% del numero complessivo di posti letto accreditati, previa comunicazione da parte dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati dell'avvenuta trasformazione alla Regione, all'ASP e alla ASL nel cui territorio insistono le strutture;

**RILEVATA** l'esigenza di confermare, per i ricoveri ospedalieri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, il riferimento all'intero territorio regionale quale area di residenza dei pazienti per la rilevazione dei consumi; da riportare al finanziamento dedicato e di introdurre anche per tali

prestazioni criteri di appropriatezza, connessi per l'anno 2004 a strumenti di valutazione già disponibili nel sistema informativo e consolidati a livello nazionale, previsti tra l'altro anche nell'Accordo che regola la mobilità sanitaria tra le Regioni;

**RITENUTO**, pertanto, di applicare alle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza medica post-acuzie il sistema di remunerazione descritto nell'allegato 2 che forma parte integrante della presente deliberazione;

**RITENUTO**, inoltre, di approvare il sistema di remunerazione dell'emergenza come specificato nell'allegato 6 che forma parte integrante del presente provvedimento;

**RILEVATO CHE**

il sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera, definendo il budget complessivo destinato alle strutture erogatrici presenti sul territorio regionale, individua anche i presidi pubblici di ASL quali soggetti produttori di prestazioni di ricovero, remunerati sulla base dell'attività prodotta al pari dei soggetti accreditati, in un regime di libera concorrenza tra pubblico e privato;

obiettivo quindi dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle ASL è migliorare la produttività e l'efficienza delle loro strutture erogatrici, al fine della ricerca dell'equilibrio economico;

**RILEVATA** l'esigenza per la Regione di confermare quali obiettivi necessari al miglioramento dell'assistenza e alla razionalizzazione della spesa sanitaria:

- o la riduzione del livello di inappropriatazza dei ricoveri per acuti dei propri residenti, con la conseguente tendenziale ridefinizione del valore economico della produzione coerente con il livello di fabbisogno ospedaliero;
- o la conferma del sistema contrattuale per la regolazione dei rapporti con i soggetti privati accreditati così come previsto, in attuazione del D.lgs. 229/99, dalla DGR 1762/2002;

**RITENUTO** pertanto opportuno:

- individuare un fondo unico per le case di cura private accreditate pari a € 283.000.000;
- applicare alla produzione dei soggetti partecipanti al fondo le stesse regole di abbattimento del sistema di remunerazione generale, con garanzia di distribuzione, in relazione al minor abbattimento medio conseguente, dell'importo complessivo del fondo dedicato, salvo il caso in cui la produzione valorizzata a tariffa regionale vigente fosse inferiore al budget. In questa ultima ipotesi la parte che residua sarà ricollocata nel fondo generale destinato all'assistenza ospedaliera per acuti;

**RITENUTO** indispensabile, al fine di dare attuazione alla suddetta metodologia di budget specifico unico per le case di cura private accreditate che i singoli soggetti erogatori sottoscrivano apposito accordo in tal senso nella forma prevista nell'allegato 10 che forma parte integrante del presente provvedimento;

**RITENUTO** di disporre che per le case di cura private provvisoriamente accreditate che non accettano la modalità contrattuale proposta, sottoscrivendo l'accordo nella forma di cui all' allegato 10, l'alternativa per l'anno 2004 sia costituita da:

1. remunerazione a tariffa regionale - calcolata tenendo conto dell'attività di controllo e delle soglie di appropriatezza - delle prestazioni erogate dall'inizio dell'anno sino al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento;
2. remunerazione a tariffa regionale, con le limitazioni di cui sopra, delle prestazioni erogate nella restante parte dell' anno nel limite massimo dell'importo corrispondente al 50% di quelle prodotte nello stesso periodo dell'anno 2003;

**RITENUTO** che di conseguenza dal fondo unico dedicato venga sottratta la quota parte relativa alla remunerazione spettante ai soggetti erogatori che scelgono la modalità contrattuale alternativa;

602 - 9 LUG. 2004 6

**RILEVATA** l'opportunità di prevedere che la fatturazione delle prestazioni erogate avvenga nel 2004 in acconto nella misura percentuale pari al coefficiente di remunerazione della produzione per i residenti nel Lazio, riconosciuto a consuntivo per l'anno 2002, rapportato al fondo unico dedicato e con suddivisione - a cura della Direzione regionale S.S.R. - dei soggetti erogatori in fasce con medesima percentuale di fatturazione in acconto; la produzione per i residenti fuori Regione, valorizzata alle tariffe stabilite nell'apposito Accordo tra le Regioni, sarà fatturata al 100%;

**RITENUTO** peraltro indispensabile ribadire che le case di cura private provvisoriamente accreditate che hanno instaurato procedimenti giudiziari nei confronti della Regione o della ASL sul cui territorio insistono non possono beneficiare delle agevolazioni nel pagamento delle fatture attraverso la procedura della fattorizzazione; a tal fine la Direzione regionale S.S.R. comunicherà alla Direzione regionale Bilancio e Tributi la situazione del contenzioso in essere;

**VISTA** la DGR 1504/2002 riguardante l'Accordo con gli Ospedali classificati e gli IRCCS privati a valere per il quadriennio 2001/2004;

**RILEVATA** l'esigenza di rinegoziare con dette istituzioni la remunerazione individuale per gli anni 2002 e 2003, in modo da garantire loro un livello di ricavo, per i medesimi anni, coerente con quello riconosciuto per il 2001, con la quota parte di fondo di riequilibrio destinata a tali istituzioni e con l'andamento della produzione degli anni 2002 e 2003;

**RILEVATA** l'esigenza di rinegoziare con dette istituzioni anche la remunerazione per l'anno 2004 prevedendo per le stesse il medesimo finanziamento complessivo destinato alla remunerazione delle prestazioni dell'anno 2001, aumentato di una percentuale di incremento rapportata alla percentuale di aumento del fondo ricoveri per acuti 2004 rispetto al 2003;

**RILEVATA** altresì l'opportunità di stipulare analogo accordo per l'anno 2004 con l'Ospedale classificato S. Giovanni Battista e l'IRCCS Fondazione S. Lucia che svolgono assistenza ospedaliera di riabilitazione post-acuzie;

**RITENUTO** pertanto necessario che il Dipartimento Sociale - Direzione S.S.R. - proceda alla stipula di accordi con le singole istituzioni in attuazione dei criteri sopraesposti e di quanto stabilito nella citata DGR 1504/2002, prevedendo nei medesimi accordi anche le modalità di fatturazione;

**PRESO** atto del sistema di fattorizzazione delle fatture delle case di cura private provvisoriamente accreditate attuato in applicazione della DGR 2044/2001, che assicura uniformità e sistematicità alle procedure di pagamento, con obiettivi vantaggi per le ASL e per la Regione in termini di contenimento di oneri finanziari aggiuntivi;

**CONSIDERATA** la necessità, per le medesime motivazioni, di garantire certezza e stabilità ai tempi di pagamento anche delle fatture dei soggetti privati equiparati al pubblico (IRCCS privati e ospedali classificati) che svolgono attività di assistenza ospedaliera;

**RITENUTO** pertanto opportuno attribuire alla competenza del Dipartimento sociale - Direzione Regionale S.S.R. - la regolazione dei flussi finanziari mensili nei confronti delle predette istituzioni, mediante trasferimento diretto delle risorse per conto delle ASL sul cui territorio insistono;

**VISTA** la DGR 1761/2002 con la quale è stato definito per l'anno 2003 un fondo specifico di € 2.111.000,00 per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dal comparto privato accreditato nonché la centralizzazione nell'Azienda ospedaliera S. Giovanni - Addolorata delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture mensili emesse dai soggetti erogatori privati accreditati che insistono sul territorio di Roma e Provincia;

**RILEVATA** l'esigenza di favorire anche nell'anno 2004 la progressiva crescita dell'attività specialistica ambulatoriale nel settore pubblico ed equiparato per il pieno utilizzo della capacità produttiva al fine di migliorare la situazione delle liste di attesa, in particolare nelle branche

specialistiche le cui prestazioni sono erogate quasi esclusivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate;

**RILEVATA**, altresì, l'opportunità - in attesa che l'implementazione del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale disposta con DGR 1456/2002 consenta di definire il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale dei cittadini del Lazio, per area di residenza e per branca specialistica - di continuare a contenere all'interno di un fondo predefinito l'onere a carico del S.S.R. delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati provvisoriamente accreditati, in relazione anche alla necessità di verificare la loro capacità produttiva in sede di attuazione della legge regionale 4/2003 recante norme in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie;

**RITENUTO**, pertanto, di fissare per l'anno 2004 un fondo specifico di € 185.000.000,00 pari al fondo per l'anno 2003 incrementato del 5% destinato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con esclusione delle prestazioni di dialisi e al netto della quota di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, erogate dai soggetti privati accreditati a favore dei cittadini residenti nel Lazio e definirne la remunerazione come indicato nell'allegato 7 che forma parte integrante della presente deliberazione;

**RITENUTO**, altresì di destinare, nell'ambito del fondo predetto, uno specifico finanziamento di € 28.239.000,00 alla remunerazione delle prestazioni di RMN, erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate a favore dei cittadini residenti nel Lazio;

**RITENUTO** di prevedere, anche per le strutture private accreditate che erogano prestazioni emodialitiche e per i soggetti erogatori di assistenza specialistica ambulatoriale che insistono nel territorio delle ASL delle province di Viterbo, Rieti, Latina e Frosinone, la centralizzazione, nell'Azienda ospedaliera S. Giovanni - Addolorata, delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture, previa verifica della Direzione regionale S.S.R. circa la fattibilità e la disponibilità da parte degli interessati;

**RITENUTO** necessario definire quale modalità contrattuale, che regola nell'anno 2004 l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, a carico del S.S.R. erogate dal comparto privato provvisoriamente accreditato, la sottoscrizione da parte dei singoli soggetti erogatori di apposito accordo nella forma prevista nell'allegato 8, che forma parte integrante del presente provvedimento;

**RITENUTO** di disporre che per i soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che non accettano la modalità contrattuale proposta, sottoscrivendo l'accordo nella forma di cui all' allegato 8, l'alternativa per l'anno 2004 sia costituita da:

1. remunerazione a tariffa nominale al netto della partecipazione dei cittadini delle prestazioni erogate dall'inizio dell'anno sino al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento;
2. remunerazione a tariffa nominale al netto della partecipazione dei cittadini delle prestazioni erogate nella restante parte dell' anno nel limite massimo dell'importo corrispondente al 50% di quelle prodotte nello stesso periodo dell'anno 2003;

**RITENUTO** di disporre altresì che gli importi delle remunerazioni come sopra determinate, spettanti ai soggetti erogatori che scelgono la modalità contrattuale alternativa, siano sottratti dal fondo specifico destinato alla remunerazione delle strutture private provvisoriamente accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale;

**RILEVATO** che per gli anni 2001 e 2002 è pendente con la quasi totalità dei soggetti erogatori di specialistica ambulatoriale un contenzioso relativo alla remunerazione delle prestazioni erogate, che, alla luce di recenti sentenze emesse dal TAR Lazio, sta assumendo per la Regione un andamento non favorevole;

**RILEVATO** inoltre che non risultano prodotti ricorsi avverso la DGR 1761/02, che a suo tempo ha fissato il sistema di remunerazione delle strutture private accreditate di specialistica ambulatoriale

602 - 9 LUG 2004 9

per l'anno 2003, mentre le associazioni rappresentative del comparto hanno avanzato richiesta di revisione migliorativa della percentuale di abbattimento delle tariffe risultante dalla applicazione del surrichiamato provvedimento;

**RITENUTO** pertanto opportuno negoziare con i soggetti erogatori di cui sopra la chiusura transattiva degli anni 2001, 2002 e 2003 calcolando la remunerazione con un abbattimento medio del 5% applicato al valore della produzione del triennio, al netto della quota di partecipazione dei cittadini;

**RITENUTO** infine necessario stabilire che l'agevolazione nel pagamento delle fatture attraverso il sistema di centralizzazione nell'Azienda ospedaliera S. Giovanni-Addolorata sia mantenuto solo per le strutture erogatrici che accettano le suindicate modalità transattive;

**CONSIDERATO** che nell'ambito del livello di assistenza distrettuale è stato avviato nell'anno 2003 il sistema di rilevazione dell'attività riabilitativa territoriale estensiva e di mantenimento (SIAR) erogata dalle strutture di riabilitazione private provvisoriamente accreditate, nelle diverse tipologie assistenziali, sia in rapporto alle modalità di erogazione (residenziale, semiresidenziale e non residenziale) sia in relazione alla complessità dell'attività riabilitativa;

**CONSIDERATO** che tra gli obiettivi dell'attività di monitoraggio specifico assume particolare rilevanza la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia del progetto riabilitativo rispetto alle condizioni di disabilità dell'utente e ai risultati attesi, in relazione anche al costo complessivo dell'intervento;

**RILEVATO** che l'acquisizione completa attraverso il SIAR delle informazioni relative all'attività riabilitativa erogata nel 2004 consentirà una più approfondita valutazione del livello di inappropriata nei diversi regimi assistenziali da utilizzare per il sistema di remunerazione dell'anno 2005;

**RITENUTO** a tal fine necessario che la Direzione regionale S.S.R. in collaborazione con l'ASP, fornisca ulteriori direttive alle ASL e ai soggetti erogatori per perfezionare e rendere più incisive le regole che disciplinano il flusso informativo;

**RILEVATO**, peraltro, che da una prima analisi dei dati disponibili emerge l'esigenza di indirizzare il corretto utilizzo delle risorse con riferimento all'impegno assistenziale richiesto per l'attività riabilitativa ambulatoriale riferita a soggetti con età  $\geq 18$  anni individuando, per l'anno 2004, quale criterio per la definizione della remunerazione la durata dei progetti riabilitativi in rapporto all'indice di disabilità del paziente, così come illustrato nell'allegato 9, che fa parte integrante del presente provvedimento;

**RILEVATA** altresì l'esigenza di definire per l'anno 2005 i criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale, in particolare per quanto riguarda i gruppi diagnostici "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e "esiti di traumatismi";

**RITENUTO** a tal fine di dare mandato all'ASP, in collaborazione con le Direzioni regionali Programmazione sanitaria e Tutela della Salute e S.S.R., di costituire e coordinare apposito gruppo di lavoro, con la partecipazione anche delle associazioni rappresentative delle strutture erogatrici;

**RITENUTO**, infine, utile prevedere anche per le strutture private provvisoriamente accreditate che svolgono attività riabilitativa residenziale, semiresidenziale e non residenziale la centralizzazione nell'Azienda ospedaliera S. Giovanni - Addolorata delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture emesse, previa verifica della Direzione regionale S.S.R. circa la fattibilità e la disponibilità da parte degli interessati, che dovranno emettere fattura mensile in acconto nella misura del 90% del valore della produzione;



Handwritten signature or initials.



602-9 LUG. 2004

**CONSIDERATO** che la Direzione regionale S.S.R., nella fase istruttoria, ha effettuato audizioni, in merito agli argomenti oggetto del presente provvedimento, delle associazioni maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori equiparati al pubblico e dei soggetti erogatori privati accreditati che operano nei diversi settori di attività sanitaria (ARIS, AIOP, ANISAP, FEDERLAZIO, FOAI), mentre gli incontri con i soggetti pubblici (ASL, Aziende ospedaliere, Aziende universitarie e IROCCS pubblici) sono in corso nell'ambito della procedura di concordamento che si concluderà con la definizione del budget 2004;

All'unanimità

**DELIBERA**

per quanto espresso in premessa che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di approvare la ripartizione, a preventivo, del F.S.R per l'anno 2004 tra le Aziende Sanitarie Locali del Lazio così come risulta nelle **tab. A, B e C**, che formano parte integrante del presente provvedimento;
2. di approvare il sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2004 e il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati, così come descritti in premessa, nonché i criteri contenuti negli **allegati 1, 2, 3, 4, 5 e 6**, che formano parte integrante del presente provvedimento;
3. di approvare il sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati, così come descritto nell'allegato 7, che forma parte integrante del presente provvedimento;
4. di approvare l'allegato 8, che forma parte integrante del presente provvedimento, contenente lo schema di accordo contrattuale che dovrà essere sottoscritto dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale;
5. di approvare il sistema di remunerazione dell'attività riabilitativa territoriale, erogata nella modalità non residenziale, dalle strutture private provvisoriamente accreditate che svolgono attività riabilitativa territoriale, così come descritto nelle premesse nonché i criteri contenuti nell'**allegato 9**, che forma parte integrante del presente provvedimento;
6. di approvare l'allegato 10, che forma parte integrante del presente provvedimento, contenente lo schema di accordo contrattuale che dovrà essere sottoscritto dalle case di cura private provvisoriamente accreditate per l'adesione al fondo specifico unico per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;

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

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE

IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

12 LUG. 2004





ALLEGATO 1

ALLEG. alla DELIB. N. 602  
DEL 9 LUG 2004

**Sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti per l'anno 2004**

Il fondo per l'assistenza ospedaliera per il 2004 è determinato in € 2.440.539.000,00.

Il fondo così individuato comprende il consumo complessivo di prestazioni, incluse quelle erogate in strutture pubbliche e private accreditate di altre regioni.

Il fondo è ripartito tra le ASL con i seguenti criteri:

- quota di € 2.285.539.000,00, assegnata in base alla popolazione residente pesata in relazione ai consumi per classe di età;
- per sostenere il percorso di appropriatezza dell'ospedalizzazione è confermato il fondo "maggiori consumi" dell'ammontare di 155 milioni di euro, da ripartire tra le ASL in proporzione al superamento della propria quota di fondo.

Nel caso in cui la remunerazione dei ricoveri ospedalieri complessivamente erogati, ai residenti nella regione, superi i relativi fondi per ASL, inclusa la quota del fondo "maggiori consumi", sarà applicato un sistema di abbattimenti tariffari. Ai fini del sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, le ASL RM A, RM B, RM C, RM D, RM E (Roma città) costituiscono un'unica entità, pertanto il sistema di abbattimenti tariffari si applica al superamento della somma dei rispettivi fondi.

Il sistema di abbattimenti preserva determinati livelli di assistenza ospedaliera prevedendo la remunerazione integrale di alcune classi di ricovero ritenute "incomprimibili".

Sono incomprimibili e, quindi non subiscono abbattimenti tariffari, le seguenti tipologie di ricovero:

- ricoveri di alta specialità (trapianti, interventi di cardiocirurgia, ustioni e precisamente i DRG's: 1, 2, 75, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 302, 458, 472, 480, 481)
- i ricoveri di day hospital chirurgico
- i ricoveri di day hospital medici riclassificati a seguito dell'applicazione della DGR 864/2002, così come modificata dal presente provvedimento;
- ricoveri di pazienti in ospedali pediatrici e in reparti pediatrici;
- ricoveri in reparti di malattie infettive (cod. 24)
- ricoveri in reparti di medicina nucleare (cod.61)
- ricoveri in reparti di oncologia e radioterapia (cod.64, 66 e 70)
- ricoveri relativi al parto (DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375)
- ricoveri in reparti psichiatrici

I rimanenti ricoveri sono suddivisi in quattro tipologie:

ricoveri di tipo chirurgico di peso medio alto, ricoveri di tipo chirurgico di peso medio basso, ricoveri di tipo medico di peso medio alto e ricoveri di tipo medico di peso medio basso.

La distinzione tra le classi di peso medio alto e di peso medio basso è stabilita utilizzando come spartiacque la mediana della produzione 2004.

Per i ricoveri relativi al DRG 49 che rechino le indicazioni di cui alla DGR 713/2000 è prevista la remunerazione aggiuntiva di € 18.076.

Per i DRG pediatrici e neonatali e per il DRG 323 si confermano le disposizioni contenute nell'allegato 3 della DGR 1762/2002.

Il modello sopradescritto si applica, nel caso in cui la produzione 2004 per i ricoveri dei soli residenti sia eccedente rispetto al fondo disponibile per i residenti della ASL, nel modo seguente:

Al tetto di ASL vengono sottratti gli importi necessari per il finanziamento dei DRG "incomprimibili" come sopra definiti, ai quali non si applica nessun abbattimento;

La quota restante viene abbattuta – per ogni ASL – in misura proporzionale al superamento del nuovo tetto;

3. L'abbattimento è applicato in misure differenziate in relazione alle classi individuate dalla mediana dei DRG chirurgici e dei DRG medici al fine di favorire il processo di deospedalizzazione della casistica meno complessa;
4. L'abbattimento delle classi dei DRG di tipo medico medio basso è doppio dell'abbattimento della classe dei DRG di tipo chirurgico medio basso e di tipo medico medio alto mentre per la classe di tipo chirurgico medio alto non è previsto alcun abbattimento.

La misura dell'abbattimento è proporzionale al superamento del fondo destinato ai ricoveri per acuti per i residenti in ciascuna ASL e sulla base di questa sarà determinata la remunerazione spettante ai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, con garanzia per questi ultimi di distribuzione dell'importo complessivo del fondo dedicato in relazione al minor abbattimento medio conseguente, salvo il caso in cui la produzione valorizzata a tariffa regionale vigente fosse inferiore al fondo stesso. In quest'ultima ipotesi la parte che residua sarà ricollocata nel fondo generale destinato all'assistenza ospedaliera per acuti.

Le prestazioni erogate ai cittadini residenti in altre Regioni sono remunerate in base alle tariffe stabilite nell'Accordo approvato dalla Conferenza dei Presidenti.

La fatturazione delle prestazioni erogate dalle case di cura private accreditate per acuti avverrà nel 2004 in acconto nella misura percentuale pari, al coefficiente di remunerazione della produzione per i residenti nel Lazio riconosciuto a consuntivo per l'anno 2002, rapportato al fondo dedicato e con suddivisione – a cura della Direzione regionale S.S.R. – dei soggetti erogatori in fasce con medesima percentuale di fatturazione in acconto; la produzione per i residenti fuori Regione, valorizzata alle tariffe stabilite nell'apposito Accordo tra le Regioni, sarà fatturata nella misura del 100%.

A consuntivo, calcolata l'esatta remunerazione, sarà definito il conguaglio positivo o negativo rispetto agli acconti fatturati.



Allegato 2

602  
DEL 9 LUG. 2004

### Sistema di finanziamento delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e di lungodegenza medica post-acuzie e di remunerazione dei soggetti erogatori

Per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e di lungodegenza medica post-acuzie è costituito un fondo unico regionale di 412 milioni di euro, al superamento del quale il valore della produzione viene abbattuto in misura proporzionale al superamento dello stesso.

Le tariffe della **riabilitazione ospedaliera** sono le seguenti:

- prestazioni di *riabilitazione in assistenza intensiva*: tariffa di 413,17 euro per giornata di degenza
- prestazioni di *riabilitazione post acuzie*:
  - per le strutture in possesso dei requisiti stabiliti con la DGR 434/2001: 100% della tariffa ex DM 30.06.1997 incrementata del 3%
  - per le altre strutture: 80% della tariffa ex DM 30.06.1997 incrementata del 3%

Le prestazioni di riabilitazione in assistenza intensiva (RAI) sono erogate dalle strutture appositamente accreditate e i criteri per la classificazione del singolo episodio di ricovero sono quelli stabiliti dalla DGR 713/2000.

Alle altre prestazioni ospedaliere di riabilitazione post-acuzie si applica l'abbattimento tariffario del 40% dopo il 60° giorno di degenza. Per determinare la durata della degenza e di conseguenza le giornate oltre la sessantesima soggette ad abbattimento tariffario, si considerano tutti gli episodi di ricovero intervenuti per la medesima patologia (ossia appartenenti alla stessa categoria della classificazione ICD-9-CM riferita alla diagnosi principale) nello stesso istituto e nel medesimo regime di ricovero nel corso dell'anno solare, se non intervallati da un episodio di ricovero per acuti.

I ricoveri a carico dello stesso paziente per la medesima patologia che avvengono in istituti diversi, se non intervallati da un episodio di ricovero per acuti, saranno oggetto di controllo esterno nell'ambito del sistema regionale dei controlli previsto dalla DGR 1178/03. L'ASP provvederà a fornire in merito alle ASL le indicazioni per l'effettuazione dei controlli.

Dall'abbattimento sono escluse le seguenti prestazioni:

DRG 9, 12, 13, 16, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 431, 457, 475, 483 e 487

ovvero, nei casi non selezionati in base al DRG, in presenza delle seguenti diagnosi principali:

- Degenerazioni cerebrali codici 330.0 – 331.9
- Malattie spino-cerebellari e malattie spinali codici 334.0 – 336.9
- Distrofie muscolari codici 358.0 – 359.1
- Postumi di traumatismi intracranici e del midollo spinale codici 907.0 – 907.2
- Pazienti che hanno subito amputazioni di arti (DRG 113, 114, 213, 249, 256, 285) per i quali dopo aver addestrato il paziente all'uso di una protesi provvisoria, è necessario che si stabilizzi il moncone di amputazione per adattare la protesi definitiva dopo circa 4-6 mesi;

ovvero, nei casi non selezionati in base al DRG o alla diagnosi principale, in presenza delle seguenti procedure:

96.72 Ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più

96.83 Ventilazione meccanica non invasiva per 96 ore consecutive o più

Le prestazioni sopraindicate possono essere erogate anche su posti letto di reparti di lungodegenza medica ubicati in strutture ospedaliere dotate di reparti di riabilitazione, nell'ambito del fabbisogno regionale di giornate di degenza rilevato dall'ASP dai dati del SIO relativi alla domanda espressa nell'anno 2003. Le giornate eccedenti saranno remunerate con la tariffa della lungodegenza medica. I posti letto di lungodegenza medica utilizzati per l'attività sopradescritta devono essere in possesso dei requisiti previsti dalla DGR 434/2001.

Le medesime prestazioni sono remunerate con la tariffa prevista per la MDC 1.

Le prestazioni di riabilitazione ad alta intensità (RAI) e quelle afferenti i gruppi di patologie sopraelencate, erogate su posti letto di riabilitazione e su posti letto di lungodegenza medica – con il limite posto dal precedente capoverso – sono incomprimibili nell'ambito del fondo unico regionale.

Le tariffe della lungodegenza medica sono le seguenti:

- 103% della tariffa ex DM 30.06.1997, con abbattimento del 20% dopo il 60° giorno;

Ai pazienti che - sulla base della valutazione espressa al momento della dimissione dalla struttura di lungodegenza medica – necessitano di altro tipo di assistenza (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) la ASL di residenza dovrà garantire una rapida ed appropriata risposta assistenziale. La struttura erogatrice dovrà comunicare per tempo (almeno con una settimana di anticipo) l'esito della valutazione alla ASL sul cui territorio insiste che, previa verifica delle condizioni sanitarie del paziente da effettuarsi entro la data prevista per la dimissione, ne darà informazione alla ASL di residenza del paziente cui compete di assicurare la continuità assistenziale.

Le prestazioni erogate ai cittadini residenti in altre Regioni sono remunerate in base alle tariffe stabilite nell'Accordo approvato dalla Conferenza dei Presidenti.



ALLEG. alla DELIB. N. 602  
 DEL 9 LUG. 2004

**Allegato 3**

**Rimodulazioni della remunerazione per incentivare il ricorso al parto vaginale**

Gli obiettivi economici della rimodulazione della remunerazione per incentivare il ricorso al parto vaginale mirano ad una redistribuzione delle risorse tesa a favorire il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza al parto.

L'intervento tariffario è indirizzato ai parti a basso rischio, poiché questi rappresentano circa il 75% dei parti e risultano più "susceptibili" ad interventi di modifica delle pratiche assistenziali, e ai parti vaginali dopo pregresso cesareo.

In base alle principali caratteristiche cliniche della gravidanza, sono stati identificati i parti a "basso rischio" come i casi in cui la scheda SDO non presenta fra le diagnosi principali o secondarie nessuna delle condizioni cliniche di seguito elencate.

1. Pregresso taglio cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio: 654.2
2. Posizione e presentazione anomala del feto: 652
3. Gravidanza protratta: 645
4. Minaccia o travaglio di parto precoce: 644
5. Sviluppo fetale insufficiente: 656.5
6. Sviluppo fetale eccessivo: 656.6
7. Gravidanza multipla: 651
8. Anomalia fetale conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre: 655
9. Perdita ematica antepartum, abruptio placentae e placenta previa: 641
10. Pre-eclampsia ed eclampsia: 642.4 642.5 642.6 642.7
11. Diabete mellito: 648.0
12. Polidramnios: 657
13. Oligoidramnios: 658.0
14. Infezione della cavità amniotica: 658.4

Confrontando la proporzione di "parti vaginali" e di "parti con taglio cesareo" tra i parti a basso rischio eseguiti nel Lazio nel primo semestre del 2002 e del 2003, si osserva un incremento della proporzione di "parti vaginali" (e della corrispondente riduzione della proporzione di "parti con taglio cesareo") pari a circa 1,4% (passata da 78,95% a 80,32).

Pertanto, si conferma per l'anno 2004 il sistema di incentivazione/disincentivazione basato sull'attività del singolo erogatore, prevedendo l'aumento degli incentivi e dei disincentivi, costruito sui seguenti criteri:

1. Parti a basso rischio:

- Incentivazione riferita al tasso di parti vaginali (DRG 372, 373, 374, 375)  
 Ciascun erogatore viene catalogato in una delle seguenti classi:

classe	Proporzione parti vaginali sul totale dei parti ritenuti a basso rischio	Incentivo economico per i parti vaginali che si collocano nelle singole classi (euro)
1	< 83 %	-
2	83% - 87.9%	320
3	88% - 92.9%	470
4	≥ 93%	-

- Per gli erogatori della prima classe non è previsto alcun incentivo.
- Per gli erogatori che rientrano nella seconda classe l'incentivo di 320 euro è applicato solamente alla quota di parti vaginali oltre il limite dell'83 %.
- Per gli erogatori che si collocano nella terza classe si applica l'incentivo di 320 euro al 5% dei parti e l'incentivo di 470 alla quota di parti vaginali che eccede l'88%.
- Per gli erogatori che si collocano nella quarta classe si applica l'incentivo di 320 euro al 5% dei parti e l'incentivo di 470 ad un altro 5% dei parti; mentre non si applicano ulteriori incentivi per la quota di parti che eccede il 93 %.

- Disincentivazione riferita al tasso di parti con taglio cesareo (DRG 370, 371)  
Ciascun erogatore viene catalogato in una delle seguenti classi:

classe	Proporzione parti cesarei sul totale dei parti ritenuti a basso rischio	Abbattimento economico per i parti con taglio cesareo (euro)
1	25% - 30%	141
2	30% - 35%	190
3	≥ 35%	263

L'abbattimento sarà applicato agli erogatori per i quali la proporzione di parti con taglio cesareo sul totale dei parti ritenuti a basso rischio si collochi nella classi indicate.

- Per gli erogatori che rientrano nella prima classe si applica l'abbattimento di 141 euro per la quota di parti con taglio cesareo oltre il 25 % .
  - Per gli erogatori che si collocano nella seconda classe si applica l'abbattimento di 141 euro al 5% dei parti e l'abbattimento di 190 euro alla quota di parti con taglio cesareo che eccede il 30 %.
  - Per gli erogatori che si collocano nella terza classe si applica l'abbattimento di 141 euro al 5% dei parti, l'abbattimento di 190 euro ad un altro 5% dei parti e l'abbattimento di 263 euro alla quota di parti con taglio cesareo che eccede il 35 %.
2. Per i parti vaginali (DRG 372, 373, 374, 375) dopo pregresso cesareo si applica una remunerazione aggiuntiva pari al 50% della tariffa del DRG 372 "Parto vaginale con diagnosi complicanti".



ALLEGATO 4

DEL 9 LUG 2004

Prestazioni incentivate

Al fine di incentivare prestazioni di elevato impegno assistenziale e di dimostrata efficacia terapeutica e prestazioni i cui tempi di attesa rimangono superiori ai tempi massimi individuati dalla DGR 1725/2002, è attribuita una remunerazione aggiuntiva ai seguenti DRG, nella misura e con i criteri a fianco di ciascuno indicati. Le Direzioni Regionali Programmazione sanitaria e Tutela della salute e S.S.R. provvederanno ad individuare anche nel corso dell'anno altre prestazioni da incentivare, previo approfondimento che consideri in particolare l'esigenza di garantirne l'efficacia e l'appropriatezza clinica. I relativi incentivi economici graveranno sul fondo funzioni ospedaliere.

Tabella: Prestazioni incentivate e criteri per l'incentivazione

Prestazioni - Ricoveri (DRG o codici ICD9CM)	Descrizione	Regime di ricovero	Mortalità intraospedaliera	Numero minimo di casi	Altri criteri	Incentivo per caso (Euro)
2	Craniotomia età > 17 per trauma	solo ordinario	< 0,2	60		5.165,00
3	Craniotomia età < 18	solo ordinario	< 0,2	60		5.165,00
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	solo ordinario	< 0,2	250		747,00
103	Trapianto cardiaco	solo ordinario	< 0,3	10		5.165,00
302	Trapianto renale	solo ordinario	< 0,1	10		5.165,00
458	Ustioni non est. con trapianto di pelle	solo ordinario	< 0,1	50		1.549,00
472	Ustioni estese con intervento chir.	solo ordinario	< 0,3	10		5.165,00
480	Trapianto di fegato	solo ordinario	< 0,3	5		5.165,00



481	Trapianto di midollo osseo	solo ordinario	<0,2	75	5.165,00
ICD-9-CM 89.92-89.94	Prelievo cuore, cuore polmone, polmone	solo ordinario	-	0	5.165,00
ICD-9-CM 89.95	Prelievo fegato	solo ordinario	-	0	5.165,00
ICD-9-CM 89.97	Prelievo rene	solo ordinario	-	5	5.165,00
ICD-9-CM 89.91	Prelievo cornea	solo ordinario	-	30	516,00
ICD-9-CM 89.96	Prelievo pancreas	solo ordinario	-	0	5.165,00
ICD-9-CM 89.99	Accertamento morte cerebrale (L.578/93) senza prelievo di organi	solo ordinario	-	10	4.132,00
ICD-9-CM 96.83	Ventilazione meccanica non invasiva per almeno 96 ore	solo ordinario	-	20	4.132,00
ICD-9-CM 81.51-81.52	Intervento per protesi d'anca	solo ordinario	-	100	411,000 ovvero 822,00 (1)
39	Intervento per cataratta	Solo dh	-		148,00
ICD-9-CM 20.96-20.98 + DRG 49	Impianto di protesi coxale	solo ordinario	-		18.076,00

(1) L'incentivo viene erogato per ogni caso di intervento primario di sostituzione parziale o totale dell'anca, codificato sulla SDO con i codici 81.51 o 81.52 alle strutture:

- ✓ che effettuano più di 100 interventi nel 2004, ovvero
- ✓ che effettuano più di 50 interventi nel 2004, a condizione che il volume sia incrementato almeno del 10% rispetto al 2003

L'incentivo è pari ad € 822,00 per i casi incrementati rispetto al 2003 e ad € 411,00 per gli altri casi.



**ALLEGATO 5**  
**MISURE PER PROMUOVERE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DELL'ATTIVITÀ**  
**OSPEDALIERA.**

L'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere rappresenta un attributo inderogabile del servizio sanitario regionale, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente delle risorse.

Il PSR 2002-04 prevede, quale indirizzo strategico prioritario, il potenziamento dei servizi territoriali e delle forme di assistenza alternative al ricovero, al fine di riqualificare l'assistenza ospedaliera mediante il trasferimento di parte dell'attività di ricovero ordinario verso modalità di erogazione più appropriate.

**5.1 - SOGLIE REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA A**  
**RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA**

Con la DGR 864/02 sono state individuate nella Regione Lazio le soglie di ammissibilità per i 43 DRG dell'allegato 2C del DPCM 21/11/01 considerati ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria.

Rispetto a quanto previsto dalla DGR 864/02 e dalla DGR 1762/02, vengono aggiornate per l'anno 2004 le soglie di ammissibilità calcolate attraverso il metodo APPRO sulla base delle rilevazioni relative al 2002. Inoltre, viene ampliato il numero di DRG per i quali è introdotta a livello regionale la soglia di ammissibilità e, conseguentemente, i meccanismi disincentivanti.

Così come previsto dalle succitate delibere, le prestazioni di ricovero ordinario per acuti prodotte da ciascun soggetto erogatore che, a decorrere dal 1/1/04, superano nell'anno oggetto di valutazione il valore soglia regionale vengono riclassificate e remunerate come ricoveri a carattere diurno. In particolare, i ricoveri ordinari vengono remunerati, se associati ad un DRG chirurgico, in base alle tariffe previste per i ricoveri diurni o, in caso di DRG medico, con la tariffa pari a due accessi del corrispondente day hospital medico. La diversa remunerazione conseguente alla riclassificazione dei ricoveri incide direttamente nel valore complessivo della produzione dell'anno 2004. I ricoveri riclassificati, in quanto eccedenti il valore soglia regionale, rientrano tra i casi incomprimibili.

**Monitoraggio dei comportamenti - Sanzioni**

Al fine di verificare la presenza di comportamenti delle strutture erogatrici volti ad aggirare gli effetti delle soglie di ammissibilità, l'ASP monitorerà su base semestrale i seguenti indicatori:

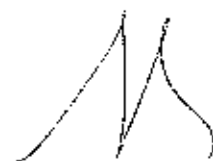
- Proporzione di ricoveri ordinari standard (degenza > 1 giorno ed inferiore valore soglia DRG specifico) con sottoclasse APR-DRG di gravità o di rischio di morte superiore alla minima sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG per i quali è prevista una soglia di ammissibilità
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG con CC sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG delle coppie omologhe (per le sole coppie in cui il DRG senza CC rientra tra quelli per quali è prevista una soglia di ammissibilità)
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 169 sul totale dei ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 169 ed al DRG 187.
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 228 e 229 sul totale dei ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 006, 228 e 229.
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 268 sul totale dei ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 268 ed al DRG 055.

Qualora i valori degli indicatori riscontrati per la singola struttura presentino rilevanti e ingiustificati incrementi rispetto agli anni precedenti, l'ASP provvederà a selezionare un campione significativo relativamente ai soli DRG coinvolti. I ricoveri costituenti il campione saranno sottoposti a controllo analitico da parte delle ASL competenti in base alla normativa regionale vigente in tema di controlli esterni (DRG 996/01 e 1178/2003).

I controlli sul campione contribuiscono a tutti gli effetti al raggiungimento del volume obbligatorio di controlli previsto per le ASL dalla normativa vigente e riguardano la congruenza tra contenuto della scheda di dimissione ospedaliera e quanto riportato in cartella clinica.

I risultati dei controlli, in termini di diversa valorizzazione economica degli episodi di ricovero, seguiranno l'iter previsto dalle norme regionali in materia.

Inoltre, l'esito di questi controlli costituirà l'elemento sulla base del quale applicare la sanzioni previste dall'art. 70 della L.R. n. 2/03. Queste sanzioni saranno commisurate al fatturato complessivo dei DRG controllati e sia la loro entità che le modalità di irrogazione saranno definite con apposito provvedimento regionale.

A handwritten signature in black ink, partially overlapping a circular stamp. The stamp contains the text "DIR" in a curved arrangement.A handwritten signature in black ink, partially overlapping a circular stamp. The stamp contains the text "DIR" in a curved arrangement.A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several sweeping strokes.

SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE ( 25° PERCENTILE) SECONDO IL METODO APPRO.

DRG DELL'ALLEGATO 2C DEL DPCM 29.11.2001

DRG	Tip	Descrizione	Criteri di selezione della casistica	Soglia di ammissibilità
005	C	DECOMPRESIONE TUNNEL CARPALE		0,0
019	M	MAL. NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC		16,9
025	M	CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ >17 SENZA CC		28,3
039	C	INT. SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		0,1
040	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA. ETÀ >17		3,0
041	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA. ETÀ <18		65,9
042	C	INT. INTRAOCULARI ESCL. RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	Escluso codici 11.6 (trapianto di cornea)	29,2
055	C	MISCELLANEA INT. SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		68,2
065	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO		40,3
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE		25,7
131	M	MAL. VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC		22,7
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC		13,4
134	M	IPERTENSIONE		19,6
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC		80,5
158	C	INT. SU ANO E STOMA SENZA CC		54,5
160	C	INT. ERNIA ESCL. INGUIN. E FEMOR., ETÀ >17 SENZA CC		66,7
162	C	INT. ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ >17 SENZA CC		32,1
163	C	INT. ERNIA, ETÀ <18		53,2
183	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ >17 SENZA CC		46,3
184	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ <18		48,3
187	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI		1,8
208	M	MAL. VIE BILIARI SENZA CC		56,0
222	C	INT. SU GINOCCHIO SENZA CC	Limitatamente al codice 80.6 (asp. Cartilagine semilunare)	48,5
232	C	ARTROSCOPIA		36,5
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO		47,4
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)	18,8
257	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI		14,3
270	C	ALTRI INT. PELLE, SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC		3,9
276	M	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA		3,4
281	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ >17 SENZA CC		61,4
282	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ <18		43,7
283	M	MAL. MINORI DELLA PELLE CON CC		50,0 *
284	M	MAL. MINORI DELLA PELLE SENZA CC		10,8
294	M	DIABETE ETÀ >35		7,4
301	M	MAL. ENDOCRINE SENZA CC		5,8
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC		51,6
326	M	SEGNI, SINTOMI RENE E VIE URINARIE, ETÀ >17 SENZA CC		29,2
364	C	D&C, CONIZZAZIONE ESCL. PER T.M.		30,1
395	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ >17		14,0

426	M	NEVROSI DEPRESSIVE	27,5
427	M	NEVROSI ESCL. NEVROSI DEPRESSIVE	8,2
429	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	13,3
457	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	6,1

\* soglia normativa



SCHELE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE ( 25° PERCENTILE) SECONDO IL METODO APPRO.

ULTERIORI DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

DRG	Tipo	Descrizione	Soglia di ammissibilità
206	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPL. MAL. CIRR. NO CC.	16,2
315	C	ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE	4,0
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	0,0
343	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	13,9
369	M	DIST. MESTR. E ALTRI DISTR. APPAR. RIPRODUTTIVO FEMM.	26,4
411	M	ANAMNESI DI NEPL. MAL. SENZA ENDOSCOPIA	2,3
<b>DRG DI NUOVA INTRODUZIONE</b>			
017	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	57,1
035	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	40,3
047	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	21,8
069	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	51,8
073	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	44,2
088	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	61,0
097	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	50,0
100	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	48,2
102	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	57,1
145	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	51,8
185	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETA' > 17	33,3
189	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC	40,0
245	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	39,5
247	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	50,0
249	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST. MUSCOLOSCEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO	47,2
256	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SIST. MUSCOLOSCEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO	31,8
278	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	50,0
295	M	DIABETE ETA' < 36	40,8
321	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC	64,3
329	M	STENOSI URETRALE ETA' > 17 SENZA CC	37,5
332	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC	33,3

## 5.2- TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER I 43 DRG DEI LEA

Le ASL nell'esercizio della funzione di tutela della salute della popolazione possono svolgere un importante ruolo nel ridurre l'inappropriatezza del ricorso al ricovero ospedaliero, soprattutto garantendo e potenziando i servizi alternativi.

In questa ottica vengono fissati quali obiettivi per le ASL dei tassi di ospedalizzazione specifici per regime di ricovero relativamente ai 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/01.

Questi tassi di ospedalizzazione verranno individuati attraverso una specifica metodologia (presentata nello schema) che, tenendo conto del contesto regionale, coniuga la domanda di prestazioni ospedaliere (stimata attraverso i tassi di ospedalizzazione) e le relative modalità organizzative di erogazione.

I valori dei tassi di ospedalizzazione verranno resi noti con apposito provvedimento regionale dirigenziale.

<i>Fasi del metodo</i>	<i>Criteri e procedure</i>
1 CALCOLO DELLE MIGLIORI PERFORMANCE ORGANIZZATIVE DRG-SPECIFICI	<p><i>Migliore performance:</i> distribuzione ordinari standard / (ordinari brevi + DH) che comporta il livello minimo di ricorso al regime ordinario</p> <p>La migliore performance (<math>%_{25}</math>) è calcolata come 25° percentile della distribuzione regionale del valore osservato per tutte le strutture ospedaliere regionali</p> $\%_{25} = \frac{\text{N° di ricoveri ordinari con degenza > 1 giorno}}{\text{N° totale di ricoveri (ordinari + DH)}} \times 100$
2 DETERMINAZIONE DEI LIVELLI MINIMI DI OSPEDALIZZAZIONE DRG-SPECIFICI	<p><i>Livello minimo di ospedalizzazione:</i> per ciascun DRG e ciascuna ASL viene calcolato il tasso di ospedalizzazione considerando tutti i ricoveri (ordinario e day hospital). Il livello minimo di ospedalizzazione viene individuato sulla base della distribuzione regionale dei tassi e tenendo conto della diversa composizione per età delle popolazioni delle ASL.</p>
3 INDIVIDUAZIONE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE DI RIFERIMENTO PER I RICOVERI ORDINARI > 1 G DI DEGENZA	<p><i>Livello minimo di ospedalizzazione x migliore performance organizzativa DRG specifica</i></p> <p><i>Somma dei tassi di ospedalizzazione DRG specifici = TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER I 43 DRG (ricoveri ordinari &gt; 1 giorno)</i></p>
4 INDIVIDUAZIONE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE DI RIFERIMENTO PER I RICOVERI ORDINARI BREVI E DEI DAY HOSPITAL	<p><i>Livello minimo di ospedalizzazione x (1 - migliore performance organizzativa DRG specifica)</i></p> <p><i>Somma dei tassi di ospedalizzazione DRG specifici = TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER I 43 DRG (ricoveri ordinari brevi e day hospital)</i></p>



Allegato 6

ALLEG. alla DELIB. N. 602  
DEL 9 LUG. 2004

### Sistema di remunerazione dell'emergenza

Nel corso del 1999 è stato attivato in tutte le strutture di P.S. operanti nella Regione, il Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (S.I.E.S.). Per il 2004 saranno considerate ai fini della remunerazione le sole prestazioni di P.S. la cui documentazione sia stata accettata dal S.I.E.S. in base alla normativa ed alle specifiche che ne regolano il funzionamento.

Per il 2004 accedono ad una remunerazione aggiuntiva rispetto a quella spettante per l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero solo gli accessi in P.S. non seguiti da ricovero presso la stessa struttura, cui corrisponda almeno una prestazione.

In attesa della definizione di sistemi di classificazione più articolati, gli accessi in P.S. sono remunerati in base al "codice di triage" assegnato ai singoli pazienti, secondo le seguenti tariffe:

Triage	Tariffa per accesso (euro)
0 (giunto cadavere)	25,82
1 (rosso)	1032,91
2 (giallo)	309,87
3 (verde)	154,94
4 (bianco)	41,32
5 (non eseguito)	0

Ad integrazione della remunerazione tariffaria delle prestazioni di PS, è previsto per il mantenimento delle funzioni di emergenza un finanziamento aggiuntivo proporzionale al valore dei ricoveri per acuti.

Livello emergenza	Tetto finanziamento aggiuntivo (% remunerazione tariffaria attività per acuti)
DEA II	6
DEA I	3
PS	2

A consuntivo verrà verificato che il metodo di valorizzazione economica del sistema di emergenza e pronto soccorso sia remunerativo dei costi del personale addetto.





ALLEG. alla DELIB. N. 602  
DEL 9 LUG. 2004

Allegato 7

**Sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati provvisoriamente accreditati**

Per l'anno 2004 è costituito un fondo di € <sup>188.000.000,00</sup> ~~185.000.000,00~~ destinato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con esclusione delle prestazioni di dialisi e al netto della quota di partecipazione dei cittadini, erogate dai soggetti privati provvisoriamente accreditati ai residenti nel Lazio.

<sup>28.700.000,00</sup> ~~28.239.000,00~~  
Nel'ambito di tale fondo, viene attribuito alle prestazioni di RMN uno specifico finanziamento di € ~~28.239.000,00~~ al superamento del quale verrà applicata al valore della produzione - al netto del ticket - la corrispondente regressione tariffaria.

<sup>159.300.000,00</sup> ~~156.761.000,00~~  
Il restante fondo di € ~~156.761.000,00~~ è destinato alla remunerazione delle prestazioni afferenti le altre branche specialistiche. Al suo superamento verrà applicata al valore della produzione - al netto del ticket - la corrispondente regressione tariffaria.

Nel caso in cui uno dei finanziamenti specifici non fosse interamente utilizzato, la quota residua sarà portata ad incremento dell'altro fondo.

I singoli soggetti erogatori di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sottoscriveranno apposito accordo nella forma prevista nell'allegato 8, che costituisce la modalità contrattuale che regola nell'anno 2004 l'acquisto a carico del S.S.R. di prestazioni erogate dal comparto privato provvisoriamente accreditato.

Per i soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che non accettano la modalità contrattuale proposta, sottoscrivendo l'accordo nella forma di cui all' allegato 8, l'alternativa per l'anno 2004 è costituita da:

1. remunerazione a tariffa nominale al netto della partecipazione dei cittadini delle prestazioni erogate dall'inizio dell'anno sino al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento;
2. remunerazione a tariffa nominale al netto della partecipazione dei cittadini delle prestazioni erogate nella restante parte dell' anno nel limite massimo dell'importo corrispondente al 50% di quelle prodotte nello stesso periodo dell'anno 2003;

I soggetti erogatori fattureranno in acconto nella misura del 90% del valore della produzione. A consuntivo, calcolata l'esatta remunerazione, verrà definito il conguaglio positivo o negativo rispetto agli acconti fatturati. Le prestazioni erogate ai residenti in altre Regioni saranno fatturate alla tariffa 100%.



ALLEG. alla DELIB. n. 602  
- 9 LUG. 2004

Allegato 8

**Schema di accordo contrattuale di adesione al fondo destinato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati provvisoriamente accreditati**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante del \_\_\_\_\_

Avendo presa visione della deliberazione della Giunta regionale n. .... del ..... e di tutti gli allegati che ne formano parte integrante

Preso atto che la Giunta regionale ha confermato la centralizzazione nell'Azienda ospedaliera S. Giovanni - Addolorata delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture dei soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati che insistono sul territorio delle ASL di Roma e Provincia in modo da assicurare uniformità e sistematicità alle procedure e ha previsto la centralizzazione anche per le ASL delle Province di Viterbo, Rieti, Latina e Frosinone;

Riconosciuto che la definizione da parte della Regione del fondo dedicato al comparto privato provvisoriamente accreditato e l'adesione allo stesso dei singoli soggetti erogatori rappresentano la modalità contrattuale che regola l'acquisto a carico del S.S.R. di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti privati provvisoriamente accreditati;

**DICHIARA**

- 1) di accettare il metodo del fondo dedicato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dal comparto privato provvisoriamente accreditato a favore dei cittadini residenti nel Lazio nell'anno 2004, ripartito tra le prestazioni di RMN e le prestazioni afferenti le altre branche specialistiche;
- 2) di riconoscere che la preventiva definizione del fondo regionale di comparto consente ai soggetti erogatori di effettuare opportune programmazioni delle rispettive attività;
- 3) di accettare che il valore delle prestazioni complessivamente prodotte dal comparto che eccede l'importo dei relativi fondi sia ricondotto e remunerato all'interno degli stessi;
- 4) di essere a conoscenza e di accettare che la definizione della remunerazione spettante - connessa ai tempi tecnici di acquisizione ed elaborazione dei dati di attività riferiti all'intero anno - avvenga a consuntivo e sia comunicata ai soggetti erogatori entro il 30 aprile 2005.

(firma del legale rappresentante)

**Sistema di remunerazione dell'attività di assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento**

Dal 1° gennaio 2003 le strutture private provvisoriamente accreditate nella Regione Lazio per le attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento notificano i dati relativi alle loro attività al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR).

Il SIAR ha lo scopo di assolvere alla funzione di monitoraggio dell'attività erogata, di analisi del volume delle prestazioni, di supporto alla costruzione di indicatori ed all'attività di remunerazione delle prestazioni riabilitative e di monitoraggio dell'appropriatezza, della qualità e dell'efficacia degli interventi.

Il SIAR prevede l'utilizzo di specifici strumenti standardizzati di valutazione per le persone che accedono al processo riabilitativo. Per i soggetti di età superiore ai 18 anni, la valutazione dello stato funzionale viene effettuata mediante l'Indice di Barthel (IB), rilevato all'inizio ed alla conclusione del progetto riabilitativo. Lo scopo principale di tale strumento è quello di valutare il grado di indipendenza da qualsiasi aiuto, fisico o verbale, della persona. Il punteggio cumulativo dell'Indice di Barthel esprime una valutazione sintetica della indipendenza globale del soggetto nelle abilità indagate (0= dipendenza completa, 100= indipendente).

Nell'anno 2003 sono stati notificati al SIAR 34367 progetti riabilitativi: il 12,5% in regime residenziale, l'11% in regime semiresidenziale ed il 76,5% in regime non residenziale. Il 73% dei progetti era riferito a soggetti con età superiore a 18 anni.

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i progetti riabilitativi in regime non residenziale dell'anno 2003 notificati al SIAR e riferiti a soggetti con età  $\geq$  18 anni. I dati sono suddivisi per modalità di intervento ed impegno riabilitativo: per ciascun gruppo viene presentato l'Indice di Barthel all'inizio del trattamento e la durata mediana prevista del progetto. La tabella 1 fa riferimento esclusivamente alle patologie neurologiche, la tabella 2 al gruppo delle patologie osteomuscolari ed agli esiti di traumatismi. L'insieme dei due gruppi rappresentavano il 67% del totale dei progetti in questo gruppo di età.

Nel gruppo delle patologie neurologiche (tabella 1) il 18,4% risulta avere un IB maggiore di 90 (quasi autosufficiente o autosufficiente). Di questi, il 50,6% ha un impegno riabilitativo medio o elevato. Nel gruppo delle patologie osteomuscolari ed esiti di traumatismi (tabella 2), il 59,1% ha un IB maggiore di 90 e di questi il 60% risulta avere un impegno riabilitativo medio o elevato.

Tali dati evidenziano l'esigenza di definire criteri clinici per l'accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale.

A tal fine l'ASP, in collaborazione con la Direzione regionale S.S.R., provvederà a costituire e coordinare apposito gruppo di lavoro.

L'approfondimento necessario dovrà avvenire in tempi brevi onde consentire l'introduzione di tali criteri anche nel corso dell'anno 2004.

**9.1 Sistema di remunerazione dei progetti di assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento in regime ambulatoriale per soggetti  $\geq$  18 anni.**

Per l'anno 2004 si individua quale strumento standardizzato di valutazione dei singoli progetti riabilitativi al fine di indirizzare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse la durata mediana rilevata nell'anno 2003 dal SIAR, diversificata per gruppi diagnostici, per grado di autosufficienza, per modalità di intervento e impegno riabilitativo, indicata nelle citate tabelle 1 e 2.

Le giornate di presa in carico eccedenti la durata mediana saranno remunerate all'80% della corrispondente tariffa.

Per determinare la durata del progetto e di conseguenza le giornate di presa in carico oltre la durata mediana si considerano anche i progetti riabilitativi aperti per lo stesso utente nella medesima struttura con un intervallo inferiore a 90 giorni.

## **9.2 Sistema di fatturazione e procedure di liquidazione e di pagamento.**

Le strutture di riabilitazione private provvisoriamente accreditate dovranno emettere fattura mensile in acconto nella misura del 90% del valore della produzione.

Le procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture emesse, previa verifica della Direzione regionale S.S.R. circa la fattibilità e la disponibilità da parte degli interessati saranno accentrate presso l'Azienda ospedaliera S.Giovanni – Addolorata e il pagamento avverrà entro il 90° giorno dalla data di emissione.

## **9.3 Flusso informativo**

Per garantire l'acquisizione completa attraverso il SIAR delle informazioni relative all'attività riabilitativa erogata, la Direzione regionale S.S.R., in collaborazione con l'ASP, fornirà ulteriori direttive alle ASL e ai soggetti erogatori al fine di perfezionare e rendere più incisive le regole che disciplinano il flusso informativo;

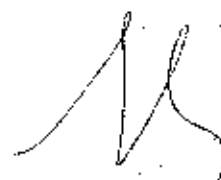


TABELLA 1

Durata prevista mediana progetto riabilitativo per indice di barthel all'ingresso, modalità di intervento ed impegno riabilitativo (Gruppi diagnostici: Patologie neurologiche)

Indice di Barthel all'inizio del progetto	MODALITA' DI INTERVENTO	IMPEGNO RIABILITATIVO	N Oss	Mediana	
100 (autosufficiente)	Estensiva	Elevato	9	120.0	
		Medio	89	147.0	
		Lieve	88	152.5	
	Mantenimento	Elevato	10	148.6	
		Medio	103	77.0	
		Lieve	108	90.0	
	91-99 (quasi autosufficiente)	Estensiva	Elevato	24	133.0
			Medio	107	106.0
			Lieve	121	150.0
Mantenimento		Elevato	43	143.0	
		Medio	124	77.0	
		Lieve	179	77.0	
75-90 (dipendenza lieve)		Estensiva	Elevato	33	150.0
			Medio	216	120.0
			Lieve	187	151.0
	Mantenimento	Elevato	133	149.0	
		Medio	290	90.0	
		Lieve	292	90.0	
	50-74 (dipendenza moderata)	Estensiva	Elevato	41	150.0
			Medio	176	124.5
			Lieve	220	152.0
Mantenimento		Elevato	244	149.0	
		Medio	276	90.0	
		Lieve	308	90.0	
25-49 (dipendenza grave)		Estensiva	Elevato	33	150.0
			Medio	98	149.0
			Lieve	159	153.0
	Mantenimento	Elevato	230	149.5	
		Medio	276	90.0	
		Lieve	218	141.0	
	0-24 (dipendenza completa)	Estensiva	Elevato	36	150.0
			Medio	115	149.0
			Lieve	149	153.0
Mantenimento		Elevato	241	149.0	
		Medio	253	102.0	
		Lieve	234	150.5	

**TABELLA 2**

Durata prevista mediana progetto riabilitativo per indice di barthel all'ingresso, modalità di intervento ed impegno riabilitativo

(Gruppi diagnostici: Patologie Osteomuscolari e del tessuto connettivo ed esiti di traumatismi)

Indice di Barthel all'inizio del progetto	MODALITA' DI INTERVENTO	IMPEGNO RIABILITATIVO	N Oss	Mediana
100 (autosufficiente)	Estensiva	Elevato	58	42.0
		Medio	255	60.0
		Lieve	179	77.0
	Mantenimento	Elevato	24	51.0
		Medio	340	51.0
		Lieve	328	70.0
91-99 (quasi autosufficiente)	Estensiva	Elevato	18	76.0
		Medio	445	60.0
		Lieve	159	60.0
	Mantenimento	Elevato	230	40.0
		Medio	610	60.0
		Lieve	452	51.0
75-90 (dipendenza lieve)	Estensiva	Elevato	44	90.0
		Medio	436	60.0
		Lieve	125	60.0
	Mantenimento	Elevato	136	70.0
		Medio	477	60.0
		Lieve	194	70.0
50-74 (dipendenza moderata)	Estensiva	Elevato	15	90.0
		Medio	88	74.500
		Lieve	23	120.0
	Mantenimento	Elevato	66	149.0
		Medio	153	60.0
		Lieve	104	74.500
25-49 (dipendenza grave)	Estensiva	Elevato	3	150.0
		Medio	23	77.0
		Lieve	10	90.500
	Mantenimento	Elevato	39	153.0
		Medio	53	90.0
		Lieve	52	78.0
0-24 (dipendenza completa)	Estensiva	Elevato	6	72.500
		Medio	10	144.0
		Lieve	6	136.0
	Mantenimento	Elevato	14	153.0
		Medio	32	79.500
		Lieve	40	150.0



ALLEG. alla DELib. N. 602  
DEL - 9 LUG. 2004

Allegato 10

**Schema di accordo contrattuale di adesione al budget specifico unico destinato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate dalle case di cura provvisoriamente accreditate**

Il sottoscritto .....in qualità di legale rappresentante della Casa di cura .....avendo presa visione della deliberazione della Giunta Regionale n.....del .....e di tutti gli allegati che ne fanno parte integrante

**D I C H I A R A**

- di aderire all'accordo relativo all'afferenza della propria attività al fondo specifico unico destinato per l'anno 2004 ai ricoveri per acuti, in regime ordinario e di day hospital, dei residenti nel Lazio, presso le Case di cura private accreditate.
- di riconoscere che la preventiva definizione del fondo regionale dedicato consente ai soggetti erogatori di effettuare le opportune programmazioni delle loro attività;
- di essere a conoscenza e di accettare che la definizione della remunerazione spettante avverrà a consuntivo sulla base dei criteri di abbattimento stabiliti nella DGR sopraindicata, con garanzia di distribuzione dell'importo complessivo del budget dedicato, con il limite della tariffa regionale vigente (103% della tariffa ministeriale).

Data

Generalità, titolo e firma

## Tabella A

### Importi in Euro

FONDO PREVENZIONE	€ 329.195.941,72
ARPA	€ 16.000.000,00
FONDO 2004 DA RIPARTIRE	€ 313.195.941,72

ASL	Popolazione assoluta	IMPORTO
ROMA A	481.718	€ 28.454.080
ROMA B	657.166	€ 38.817.428
ROMA C	537.726	€ 31.762.355
ROMA D	522.183	€ 30.844.263
ROMA E	509.135	€ 30.073.545
ROMA F	251.474	€ 14.854.046
ROMA G	417.979	€ 24.689.149
ROMA H	472.106	€ 27.886.319
VITERBO	293.798	€ 17.354.036
RIETI	151.242	€ 8.933.550
LATINA	513.450	€ 30.328.423
FROSINONE	494.325	€ 29.198.749
TOTALE	5.302.302	€ 313.195.942



## Tabella B

importi in euro

<b>FONDO DISTRETTUALE</b>	<b>€ 3.101.472.574,00</b>
Emergenza territoriale	€ 302.561.173,13
Entrate proprie	€ 162.193.246,00
<b>FONDO 2004 DA RIPARTIRE</b>	<b>€ 2.636.718.154,87</b>

ASL	Popolazione assoluta	IMPORTO
ROMA A	481.718	€ 239.547.766
ROMA B	657.166	€ 326.794.197
ROMA C	537.726	€ 267.399.312
ROMA D	522.183	€ 259.670.120
ROMA E	509.135	€ 253.181.637
ROMA F	251.474	€ 125.052.489
ROMA G	417.979	€ 207.851.763
ROMA H	472.106	€ 234.767.929
VITERBO	293.798	€ 146.099.283
RIETI	151.242	€ 75.209.320
LATINA	513.450	€ 255.327.391
FROSINONE	494.325	€ 245.816.949
<b>TOTALE</b>	<b>5.302.302</b>	<b>€ 2.636.718.155</b>

# Tabella C - importi in euro

FONDO 2004 RICOVERI PER ACUTI		€									
		2.440.539.000,00									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
ASL	Popolazione pesata	Fondo 2004 al netto del fondo maggiori consumi	Consumo residenti Lazio nel Lazio	Stima mobilità passiva	Totale consumi residenti Lazio	1^ stima abbattimento	% assorbimento per ASL	Fondo maggiori consumi	Fondo 2004 per ricoveri	Abbattimento	% abbattimento
(F-C)	(D+E)	(F-C)	(D+E)	(F-C)	(F-C)	(F-C)	(F-C)	(F-C)	(F-C)	(F-L)	(M/D)
RM A	543.816	234.409.948	232.426.864	12.642.174	245.069.038	10.659.090	2,6	4.010.580	238.420.528	6.648.510	2,9
RM B	617.987	266.381.310	331.473.095	13.123.491	344.596.586	78.215.276	19,0	29.429.214	285.810.525	48.786.081	14,7
RM C	574.988	247.846.765	269.577.410	11.719.788	281.297.198	33.450.433	8,1	12.586.032	260.432.797	20.864.401	7,7
RM D	514.429	221.742.976	256.628.271	10.879.465	267.507.736	45.764.760	11,1	17.219.410	238.962.367	28.545.349	11,1
RM E	532.723	229.628.287	269.513.169	10.030.374	279.543.543	49.915.256	12,1	18.781.072	248.409.360	31.134.183	11,6
<b>Roma città</b>	<b>2.763.944</b>	<b>1.200.009.287</b>	<b>1.359.618.809</b>	<b>58.395.292</b>	<b>1.418.014.101</b>	<b>218.004.814</b>	<b>52,9</b>	<b>82.026.309</b>	<b>1.282.035.596</b>	<b>135.978.505</b>	<b>10,0</b>
RM F	232.394	100.172.811	118.289.561	5.650.465	123.940.026	23.767.215	5,8	8.942.632	109.115.444	14.824.582	12,5
RM G	393.939	169.805.967	185.023.846	9.445.036	194.468.982	24.662.915	6,0	9.279.648	179.085.615	15.383.267	8,3
RM H	427.973	184.476.116	227.405.489	10.956.540	238.372.029	53.895.913	13,1	20.278.831	204.754.947	33.617.082	14,8
VITERBO	315.627	136.049.824	122.295.096	32.625.609	154.921.705	18.871.881	4,6	7.100.718	143.150.542	11.771.163	9,6
RIETI	169.201	72.933.363	67.765.937	16.332.664	84.098.601	11.165.238	2,7	4.201.023	77.134.386	6.964.215	10,3
LATINA	478.304	206.171.337	231.654.811	18.716.684	250.371.495	44.200.158	10,7	16.630.714	222.802.052	27.569.443	11,9
FROSINONE	500.921	215.920.295	213.832.411	19.468.850	233.302.261	17.381.966	4,2	6.540.124	222.460.419	10.841.842	5,1
<b>TOTALE</b>	<b>5.302.302</b>	<b>2.285.539.000</b>	<b>2.525.885.950</b>	<b>171.603.140</b>	<b>2.697.489.100</b>	<b>411.950.100</b>	<b>100,0</b>	<b>155.000.000</b>	<b>2.440.539.000</b>	<b>256.950.100</b>	<b>10,2</b>

**Tabella C - importi in euro**

FONDO 2004 RIABILITAZIONE ..... € 412.000.000,00

ASL	Popolazione pesata	Fondo 2004 Riabilitazione
RM A	543.816	42.255.634
RM B	617.987	48.016.914
RM C	574.988	44.677.808
RM D	514.429	39.972.237
RM E	532.723	41.393.673
RM F	232.394	18.057.534
RM G	393.939	30.609.873
RM H	427.973	33.254.370
VITERBO	315.627	24.524.861
RIETI	169.201	13.147.247
LATINA	478.304	37.165.234
FROSINONE	500.921	38.922.618
<b>TOTALE</b>	<b>5.302.302</b>	<b>412.000.000</b>

