



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 04/08/2005

=====

ADDI' 04/08/2005 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	DE ANGELIS	Francesco	Assessore
POMPILI	Massimo	Vice Presidente	DI STEFANO	Marco	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MANDARELLI	Alessandra	"
BATTAGLIA	Augusto	"	MICHELANGELI	Mario	"
BONELLI	Angelo	"	NIERI	Luigi	"
BRACHETTI	Regiro	"	RANUCCI	Raffaele	"
CIANI	Fabio	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
			VALENTINI	Daniela	"

ASSISTE IL VICE SEGRETARIO: Domenico Antonio Cuzzupi

*****OMISSIS

ASSENTI: Bonelli-Brachetti-Ciani-Di Stefano-Michelangeli-Rodano Valentini

DELIBERAZIONE 731

Oggetto:

Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale edelle attività di assistenza riabilitativa territoriale.



731 - 4 AGO. 2005 *lee*

OGGETTO: ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

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 delle 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 legge 30 dicembre 2004 n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato";

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%;

VISTO il DPCM del 29.11.2001 "Definizione di Livelli Essenziali di Assistenza";

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

VISTA LA D.G.R. n. 602 del 9 luglio 2004 avente ad 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;

PRESO ATTO che non è stato ancora approvato dal CIPE il riparto tra le Regioni delle risorse disponibili per il S.S.N. nell'anno 2005;

PRESO ATTO che il quadro economico-finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'amministrazione regionale per l'anno 2005 è caratterizzato dalle disposizioni contenute nella suindicata legge 30 dicembre 2004 n.311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", in particolare al comma 173 dell'art.1 ove è sancito l'obbligo delle Regioni di garantire in sede di programmazione, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie e degli altri Enti che partecipano al S.S.R.;

PRESO ATTO altresì dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e in particolare dell'art. 4 che impegna le Regioni ad una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, con la definizione degli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006;

RITENUTO, pertanto, opportuno procedere per ora alla distribuzione nei tre livelli di assistenza dell'importo corrispondente al Fondo Sanitario regionale 2004 complessivo pari a € 7.156.434.000,00 nella percentuale per livello stabilita con la DGR 602/2004, rinviando al provvedimento relativo alla chiusura dei conti la ripartizione tra le ASL delle risorse disponibili per il S.S.R. per l'anno 2005, considerando comunque la quota incrementale rispetto all'anno precedente quale accantonamento destinato al miglioramento dell'efficienza economica del sistema in relazione all'esigenza di conseguire il pareggio economico delle ASL e delle Aziende ospedaliere:

▶ livello della prevenzione	€	353.924.000
▶ livello assistenza distrettuale (comprensivo delle entrate proprie)	€	3.334.441.000
di cui:		
fondo assistenza specialistica	€	936.626.000
▶ livello assistenza ospedaliera	€	3.468.069.000
così suddiviso:		
fondo funzioni ospedaliere	€	363.226.000
rilevati a livello regionale		
fondo riabilitazione	€	422.000.000
fondo ricoveri per acuti	€	2.682.843.000
TOTALE LIVELLI 2005	€	7.156.434.000



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;

CONSIDERATO che per l'anno 2005 appare indispensabile introdurre un sistema di finanziamento del livello dell'assistenza ospedaliera che persegua, come prioritari, i seguenti due obiettivi:



731 - 4 AGO. 2005 *Dei*

- riduzione del tasso di ospedalizzazione (che attualmente, comprendendo i ricoveri per acuti in regime ordinario e di day hospital - ad esclusione dei neonati sani ricoverati in occasione della nascita - i ricoveri di riabilitazione in regime ordinario e di day hospital, i ricoveri di lungodegenza medica e la mobilità passiva, risulta essere pari a 238 per 1000 abitanti) al fine di portarlo a 215 ricoveri per 1000 abitanti nel 2005 per raggiungere nel 2007 180 ricoveri per 1000 abitanti;
- programmazione della spesa attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati che assicuri la appropriata risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, garantisca la libera scelta e la mobilità dei cittadini, dando peraltro certezza del mantenimento della spesa entro l'inderogabile vincolo di bilancio;

PRESO ATTO che la legge 311/2004, comma 171, nel prevedere che le regioni possono procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione delle tariffe nella remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, vieta l'applicazione di tariffe diverse in relazione alla residenza del paziente sia nella mobilità infraregionale che in quella interregionale;

PRESO ATTO altresì che la recente giurisprudenza del TAR formatasi in materia di sistemi di remunerazione delle prestazioni sanitarie ha sanzionato il "metodo di una remunerazione definibile soltanto a consuntivo" ed in relazione al superamento del budget regionale o per ASL di residenza del paziente, "senza assicurare alle strutture sanitarie la certezza di un determinato corrispettivo garantito in rapporto ad una determinata quantità di prestazioni erogate";

RITENUTO pertanto di adottare un sistema di finanziamento e di remunerazione del livello dell'assistenza ospedaliera per acuti basato su:

1. la costituzione di un fondo unico pari a € 2.682.843.000 - riferito all'intero territorio regionale quale area di residenza dei pazienti per la rilevazione dei consumi in rapporto al finanziamento dedicato - destinato alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti erogate ai residenti nel Lazio, in regime ordinario e di day hospital nei presidi pubblici, equiparati ai pubblici e privati accreditati nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva;
la programmazione del fabbisogno regionale espresso in volume di prestazioni di diversa complessità assistenziale e relativo valore economico determinato sulla base delle vigenti tariffe regionali, che tenga conto degli obiettivi di rispetto dell'equilibrio economico e di riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti nelle strutture ospedaliere del Lazio dall'attuale 215 a 194 ricoveri per 1000 abitanti, agendo in particolare sui ricoveri in regime ordinario;
3. l'attribuzione di un budget per singolo soggetto erogatore, con l'indicazione del volume di prestazioni attese valorizzate a tariffa regionale e della percentuale di regressione tariffaria da applicare nel caso di superamento del budget individuale;

PRESO ATTO che la descrizione dei criteri per la determinazione del case mix regionale atteso per i ricoveri ospedalieri per acuti, dei criteri di definizione del budget per singolo erogatore, dei criteri per la modulazione delle tariffe sono descritti nel documento allegato 1 che forma parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO altresì del budget per singolo soggetto erogatore riportato nell'allegato 2 che forma parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO infine necessario chiarire che i budget per i singoli soggetti erogatori stabiliti con il presente provvedimento hanno valenza per l'intero anno 2005; i singoli soggetti erogatori

are
lla
e
ni
to
e

e
e
ti
ti
i



dovranno sottrarre dal budget assegnato il valore economico delle prestazioni già erogate nell'anno sino alla data di entrata in vigore del presente provvedimento;



RITENUTO necessario prevedere che nella fase di avvio del nuovo sistema di remunerazione debba essere valutata la situazione dei singoli soggetti erogatori pubblici ed equiparati al pubblico, nell'ambito del concordamento e del monitoraggio trimestrale dei dati di attività, per le ASL e le Aziende ospedaliere e attraverso la stipula di appositi accordi con tutti gli altri soggetti (Policlinici Universitari, IRCCS e ospedali classificati), adottando comunque quali criteri generali il rispetto del tasso di ospedalizzazione programmato, l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni e il miglioramento del livello di complessità assistenziale delle prestazioni;

RITENUTO in merito di dover sottolineare che gli ospedali dipendenti da istituzioni religiose sono a tutti gli effetti equiparati alle strutture pubbliche in quanto la normativa vigente prevede obbligatoriamente per detti soggetti lo stesso assetto organizzativo e il medesimo rapporto giuridico ed economico del personale con la conseguente analoga struttura dei costi di produzione;

RITENUTO altresì opportuno che l'Assessore alla Sanità, al fine di facilitare l'avvio del nuovo sistema di remunerazione, definisca più compiutamente con l'AIOP le modalità di applicazione del protocollo d'intesa approvato con DGR 1292/2004, in modo da utilizzare quota parte delle risorse finanziarie - che detto provvedimento ha già destinato alle case di cura private provvisoriamente accreditate per acuti - anche per l'anno 2005, valutando la produzione dei primi sei mesi;

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, considerando peraltro l'esigenza di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica;

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 602/2004, 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 confermare il sistema di remunerazione dell'emergenza come specificato nell'allegato 6 che forma parte integrante del presente provvedimento;

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 rapportare al finanziamento dedicato pari a € 422.000.000, nonché i criteri di appropriatezza delle prestazioni contenuti nell'allegato 7 che forma parte integrante della presente deliberazione; al superamento del finanziamento dedicato il valore della produzione viene abbattuto in misura proporzionale al superamento dello stesso;

RITENUTO in merito di confermare anche per l'anno 2005 l'opportunità di stipulare appositi accordi con gli IRCCS e gli ospedali classificati che svolgono assistenza ospedaliera di riabilitazione post acuzie;

CONSIDERATO che il gruppo di lavoro tecnico, appositamente costituito e coordinato dall'ASP con l'obiettivo di definire i contenuti informativi di una scheda RAD specifica per la riabilitazione, ha

731 - 4 AGO. 2005



concluso i propri lavori ed ha elaborato, al termine di una fase di sperimentazione e di confronto con molti operatori del sistema, la scheda definitiva illustrata nell'allegato 8 che forma parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO pertanto di adottare la nuova scheda RAD - riabilitazione per i reparti di Recupero e rieducazione funzionale (cod. 56), Neuroriabilitazione (cod.75) e Unità spinale (cod.28) a far data dal mese di ottobre 2005;

RILEVATA comunque l'esigenza - in attesa che l'aggiornamento del sistema informativo produca maggiori e più specifiche informazioni - di avviare fin da ora, sulla base dei dati già disponibili e delle attuali evidenze scientifiche, il processo di approfondimento delle problematiche relative ai criteri di appropriatezza delle prestazioni e di accesso ai diversi regimi assistenziali nell'attività di riabilitazione post-acuzie (ricovero ospedaliero, ordinario e day hospital, specialistica ambulatoriale), propedeutici anche alla riorganizzazione del sistema riabilitativo regionale;

RITENUTO, pertanto, di dare mandato all'ASP, in collaborazione con le Direzioni Regionali, avvalendosi del contributo di esperti nelle diverse discipline coinvolte, scelti in particolare nell'ambito delle Università e degli IRCCS, anche attraverso le società scientifiche, di definire le linee guida dell'attività di riabilitazione post acuzie; la prima fase di studio dovrà concludersi entro il 30 novembre 2005 con la presentazione di un documento che contenga indicazioni sugli aspetti distorsivi più evidenti dell'attuale sistema, in termini assistenziali e tariffari, sui quali sia possibile intervenire a valere già dal 2006;

CONSIDERATO necessario, per il rispetto delle già citate norme di finanza pubblica, che per l'anno 2005 anche la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale sia gestita attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici, equiparati al pubblico e privati provvisoriamente accreditati che, pur assicurando la risposta assistenziale nell'ambito dei livelli essenziali previsti, dia certezza del suo contenimento entro l'inderogabile vincolo di bilancio;

RITENUTO pertanto di adottare un sistema di finanziamento e di remunerazione del livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale su:

1. la costituzione di un fondo unico pari a € 570.000.000 - riferito all'intero territorio regionale quale area di residenza dei pazienti per la rilevazione dei consumi in rapporto al finanziamento dedicato - destinato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate ai residenti nel Lazio, nei presidi pubblici, equiparati al pubblico e privati accreditati nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva;
2. l'attribuzione di un budget per singolo soggetto erogatore, con l'indicazione della percentuale di regressione tariffaria da applicare nel caso di superamento del budget individuale;

PRESO ATTO che la descrizione dei criteri per la determinazione del budget complessivo regionale destinato all'assistenza specialistica ambulatoriale (finanziamento), dei criteri di definizione del budget per singolo erogatore e dei criteri per la modulazione delle tariffe nel caso di superamento del tetto individuale sono descritti nel documento allegato 9 che forma parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO del budget per singolo soggetto erogatore riportato nel predetto allegato 9;

RITENUTO necessario chiarire che i budget per i singoli soggetti erogatori stabiliti con il presente provvedimento hanno valenza per l'intero anno 2005; i singoli soggetti erogatori dovranno sottrarre dal budget assegnato il valore economico delle prestazioni già erogate nell'anno sino alla data di entrata in vigore del presente provvedimento;



RITENUTO opportuno prevedere che nella fase di avvio del nuovo sistema di remunerazione debba essere valutata la situazione dei singoli soggetti erogatori pubblici ed equiparati al pubblico, nell'ambito del concordamento e del monitoraggio trimestrale dei dati di attività, per le ASL e le Aziende ospedaliere e attraverso la stipula di appositi accordi con tutti gli altri soggetti (Policlinici Universitari, IRCCS e ospedali classificati);

CONSIDERATO inoltre indispensabile - nel primo anno di vigenza del nuovo sistema di remunerazione - valutare, non appena sarà possibile prevedere dai dati della produzione l'andamento dell'anno, l'opportunità di operare un eventuale riequilibrio delle risorse tra i soggetti erogatori, al fine di evitare effetti negativi nei confronti dei pazienti, specie per quelle prestazioni le cui liste di attesa sono oggetto di monitoraggio;

RITENUTO altresì opportuno dare rapidamente attuazione a quanto stabilito dalla DGR 602/2004 in merito alla chiusura transattiva dei rapporti economico-finanziari afferenti gli anni 2001, 2002 e 2003 con i soggetti privati provvisoriamente accreditati erogatori di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, valutando la possibilità di trovare una conveniente soluzione anche per la remunerazione dell'anno 2004, in merito alla quale si è già avviato un rilevante contenzioso;

RITENUTO di confermare anche per l'anno 2005 la centralizzazione nell'Azienda ospedaliera S. Giovanni - Addolorata delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture emesse dai soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza emodialitica, attivi sul territorio della regione;

RITENUTO ^{inoltre opportuno} attribuire anche per l'anno 2005 al Dipartimento Sociale - Direzione regionale S.S.R. ^{la regolazione dei flussi finanziari mensili nei confronti degli Ospedali classificati e degli IRCCS privati, mediante trasferimento diretto delle risorse per conto delle ASL sul cui territorio insistono;}

CONSIDERATO che nell'ambito del livello di assistenza distrettuale 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 consentirà una più approfondita valutazione del livello di appropriatezza nei diversi regimi assistenziali quando saranno disponibili le informazioni complete relative all'anno 2004 da utilizzare per il sistema di remunerazione dell'anno 2006;

RITENUTO comunque di confermare per l'anno 2005 - solo per le "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e gli "esiti di traumatismi" - quale criterio per la definizione della remunerazione dei progetti di assistenza riabilitativa ambulatoriale riferita ai soggetti con età ≥ 18 ; la durata degli stessi in rapporto all'indice di disabilità del paziente, così come illustrato nell'allegato 10 che forma parte integrante del presente provvedimento;

RILEVATO che l'apposita Commissione tecnica istituita ai sensi della DGR 602/2004 per definire i criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale e domiciliare ha presentato il primo documento riguardante i gruppi diagnostici "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e "esiti di traumatismi" e le problematiche specifiche legate all'età evolutiva, contenuto nell'allegato 10 che forma parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO indispensabile che la citata Commissione prosegua nell'approfondimento della problematica relativa all'appropriatezza dell'attività riabilitativa ambulatoriale e domiciliare estensiva e di mantenimento al fine di individuare entro dicembre 2005 i criteri clinici di accesso delle altre patologie;

PRESO ATTO del protocollo d'intesa sottoscritto in data 2 febbraio 2005 dalle Associazioni rappresentative dei centri di riabilitazione e dall'Assessore alla Sanità pro-tempore, contenuto nell'allegato 10 che forma parte integrante del presente provvedimento;

731 - 4 AGO, 2005 *dy*

All'unanimità

DELIBERA

per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato ed approvato:

1. di approvare la ripartizione, a preventivo, del F.S.R per l'anno 2005 tra i tre livelli di assistenza: prevenzione, distrettuale, ospedaliera;
2. di approvare il sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2005 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 ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie erogate dai soggetti erogatori pubblici, equiparati e 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, concernente la nuova scheda di dimissione rad-riabilitazione per i reparti di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56), neuroriabilitazione (cod. 75) e unità spinale (cod. 28)
5. di approvare il sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti erogatori pubblici, equiparati e privati provvisoriamente accreditati, così come descritto nell'allegato 9, che forma parte integrante del presente provvedimento;
6. di approvare la regolamentazione dell'attività di assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento contenuta nell'allegato 10 che forma parte integrante del presente provvedimento.

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

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO

IL VICE SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio Cuzzupoli

10 AGO. 2005



ASSENTI

BONELLI

BRACHETTI

CIANI

DI STEFANO

MICHELANGELI

RODANO

VALENTINI

SISTEMA DI FINANZIAMENTO E DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO PER ACUTI PER L'ANNO 2005

Il sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti che si introduce dall'anno 2005 persegue i seguenti obiettivi:

1. rispetto della norma contenuta nel comma 171 dell'art.1 della legge 311/2004 che vieta l'applicazione di tariffe diverse in relazione alla residenza del paziente sia nella mobilità infraregionale che interregionale;
2. riduzione progressiva del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri per acuti in regime ordinario e in day hospital al fine di portarlo dai 215 ricoveri per 1000 abitanti dell'anno 2004 ai 194 ricoveri per 1000 abitanti nel 2005;
3. programmazione della spesa attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati che assicuri la appropriata risposta assistenziale, garantisca la libera scelta e la mobilità dei cittadini, dando peraltro certezza del mantenimento della spesa entro l'inderogabile vincolo di bilancio;
4. garanzia delle prestazioni ad elevata complessità, appropriatezza generica nei ricoveri, de-ospedalizzazione verso regimi assistenziali più 'leggeri' e meno costosi per la struttura che li eroga (day hospital, day surgery e day service);
5. garanzia di remunerazione a tariffa regionale per le prestazioni programmate, fornendo a ciascun soggetto erogatore certezza dei ricavi, definendo preventivamente gli obiettivi e i limiti produttivi.

Il fondo dedicato alla spesa regionale per i ricoveri dei residenti è pari a € 2682 mln che - al netto della spesa per i ricoveri in mobilità passiva (€185 mln) e per i neonati sani (€ 20 mln) - viene così destinato:

- € 2413 mln alla remunerazione dei ricoveri programmati nell'ambito dell'obiettivo 2;
- i restanti € 64 mln per remunerare in modo regressivo eventuali superamenti dei tetti stabiliti, fino ad un massimo di ricoveri pari al 4% del programmato, privilegiando i casi di elevata complessità, previa verifica a consuntivo del rispetto del tasso di ospedalizzazione programmato.

Nell'ambito di tali risorse vengono individuati dei tetti economici specifici per soggetto erogatore, articolati per regime di ricovero e differenziati per classi di DRG.

Le classi di DRG sono 4, individuate in base alla complessità, denominate con le lettere dalla A (alta complessità) alla D (bassa complessità / elevato rischio di inappropriata / esclusi dai LEA): la classificazione è stata operata in funzione del peso del DRG, nel modo seguente:

- | | |
|---|--|
| A | peso >2,000 |
| B | peso >1,000 e <2,000 |
| C | peso <1,000 |
| D | DRG sottoposti a controllo analitico nel Lazio (43 DRG esclusi dai LEA e altri 27 DRG sentinella) oltre a due DRG 'valigia' (469 e 470), tutti esclusi dalle classi precedenti |

Nella suindicata ripartizione dei DRG nelle quattro classi sono introdotte le seguenti correzioni che tengono conto di casi particolari:

- o i 4 DRG di parto vaginale (372-375) sono inseriti nella classe A;
- o i DRG anomali (468 e 424) sono spostati dalla classe A alla classe B (collocati insieme agli altri due DRG anomali 476 e 477).

I criteri per la definizione dei tetti programmati di ricovero, articolati come descritto, sono i seguenti:

1. produzione dell'anno 2004;
2. incentivazione complessiva della classe A ricoveri ordinari chirurgici aumentando le quantità programmate accentrando in strutture ospedaliere di rilievo regionale e nazionale. In pratica si procede nel modo seguente:
 - a) vengono ridotte lievemente le quantità previste nella maggior parte delle strutture ospedaliere;
 - b) sono aumentate poi quelle di alcune strutture individuate in base ai criteri di complessità osservata (peso medio nella classe A ordinari), volume di casi complessivi sul totale dei casi (% casi classe A), complessità strutturale (volumi complessivi e livelli di specializzazione) (vedi allegato descrittivo del metodo);
3. riduzione dei ricoveri proporzionale al decrescere della complessità per gli ordinari, differenziata per medici e chirurgici;
4. sostanziale mantenimento dei livelli complessivi 2004 per il DH, prevedendo nelle classi C e D un massiccio trasferimento in DH compensato dal corrispondente slittamento verso il regime ambulatoriale di una parte di attività oggi svolta impropriamente in regime di ricovero diurno;
5. vincolo del numero complessivo di ricoveri al tasso di ospedalizzazione programmato di 194 per mille abitanti (pari a 1.020.800 ricoveri).

Per attuare i criteri sopraindicati, si applicano i seguenti coefficienti ai casi erogati nel 2004:

Classe DRG	coefficienti di adeguamento			
	Chirurgici		Medici	
	ordinari	day hospital	ordinari	day hospital
A	0,90	1,00	1,00	1,00
B	0,95	1,00	0,88	1,00
C	0,86	1,02	0,75	1,00
D	0,67	1,03	0,65	1,00

Si procede poi ad incrementare le quantità per la classe A chirurgica per gli ordinari, aggiungendo 11.000 ricoveri per un valore di € 11.000.000,00 attribuendoli alle strutture indicate nel suddetto allegato descrittivo del metodo.

Con il procedimento sopradescritto vengono determinati i volumi di ricoveri programmati per il 2005 per tutti gli istituti, articolati per regime di ricovero e classe del DRG, con il vincolo che il totale programmato rispetti l'obiettivo fissato del tasso di ospedalizzazione del 194 per mille. Il totale regionale è riportato qui di seguito:

tetti 2005	Chirurgici		Medici		Totale
	ordinari	day hospital	ordinari	day hospital	
A	66.900	1.200	49.700	3.100	120.900
B	84.800	10.800	135.400	39.700	270.700
C	49.500	41.200	97.100	93.400	281.200
D	34.700	100.100	84.800	128.500	348.100
TOTALE	235.900	153.300	367.000	264.700	1.020.900

Vengono applicate le tariffe medie per classe di DRG per stimare la produzione complessiva corrispondente ai volumi programmati: l'importo che si ottiene è di 2.413 milioni di euro, articolato per classe di DRG e per tipologia di ricovero:

Classe di DRG	tetto di spesa				Totale
	Chirurgici		Medici		
	fondo complessivo	fondo vincolato al DH	fondo complessivo	fondo vincolato al DH	
A	615.693.000		169.316.000		785.009.000
B	282.724.000		530.713.000		813.437.000
C	131.100.000	39.896.000	298.390.000	120.666.000	429.490.000
D	162.135.000	107.408.000	222.689.000	92.223.000	384.824.000
TOTALE	1.191.652.000		1.221.108.000		2.412.760.000

Il fondo complessivo è indistinto per le classi A e B, mentre per le classi C e D si predefinisce un fondo, all'interno di quello complessivo, vincolato all'attività di DH che può essere utilizzato solo per remunerare questo regime di ricovero.

L'importo risultante dalla somma dei fondi destinati alle classi A e B è considerato - nel caso di non superamento - fondo indistinto.

Il sistema prevede che la casistica che rientra nei volumi programmati sia remunerata a tariffa regionale 'piena'.

Solo a condizione che sia rispettato il tasso di ospedalizzazione programmato, ai soggetti erogatori che abbiano superato i rispettivi fondi a disposizione, i casi eccedenti saranno così remunerati:

- entro il 4% di superamento del volume
 - al 100% della tariffa regionale per la classe A
 - al 80% della tariffa regionale per la classe B
 - al 40% della tariffa regionale per la classe C
- Per le stesse classi, qualora a consuntivo si registri un recupero di mobilità passiva, saranno remunerati - nella stessa misura - anche ricoveri eccedenti il 4% sino alla concorrenza del risparmio realizzato in ogni classe di prestazioni.

Il budget per singolo soggetto erogatore ha valenza per l'intero anno 2005; al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento i soggetti erogatori dovranno rideterminarlo

per il periodo rimanente sino al 31 dicembre, sottraendo dal budget complessivo il valore delle prestazioni già erogate per ciascuna delle quattro classi di DRG.

All'Azienda Policlinico di Tor Vergata viene assegnato un budget specifico per l'attività di cardiocirurgia, calcolato sulla base delle prestazioni erogate presso la Casa di cura European Hospital. Trattandosi di prestazioni di alta specialità per le quali è ipotizzabile una diversa distribuzione tra i vari soggetti erogatori, anche in mobilità passiva, ma non un rilevante incremento della domanda, le remunerazioni spettanti ad entrambe le strutture saranno definite a consuntivo sulla base dell'effettiva attività svolta e in rapporto al fabbisogno complessivo espresso.

Le case di cura private emetteranno fattura mensile in acconto in misura pari all'80% della produzione.



Descrizione metodo per l'assegnazione del 'bonus' per la classe A chirurgica

Si assegna un punteggio ad ogni struttura in base al proprio volume di ricoveri chirurgici ordinari di classe A e al peso medio di questi ricoveri:

- punteggio 1 per volumi superiori ai 1.500 casi o per $PM > 3,5$
- punteggio 0,75 per volumi superiori a 1.000 casi o per $PM > 3,0$
- punteggio 0,5 per volumi superiori a 700 casi o per $PM < 3,0$

Il punteggio complessivo si ottiene moltiplicando i valori per il peso e i volumi, e viene calcolato il 30% dei casi 2004 per ogni struttura: cumulando tale valore fino a sommare 11.000 ricoveri. Vengono in questo modo individuate le seguenti strutture

Tipo	COA	Codice	Nome
1	102	267	Sandro Pertini
1	102	166	Policlinico Casilino
1	103	066	Sant'Eugenio
1	103	058	Centro Traumatologico Ortopedico
1	111	200	P.O. Latina Nord
2	901	901	San Camillo - Forlanini
2	902	902	San Giovanni
2	903	903	San Filippo Neri
2	919	919	Sant'Andrea
3	905	905	Policlinico A. Gemelli
3	906	906	Policlinico Umberto I
3	920	920	Tor Vergata
4	904	904	Bambino Gesù
4	908	908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri
5	105	071	San Pietro - Fatebenefratelli

Complessivamente per ogni comparto vengono assegnati i seguenti casi aggiuntivi per la classe A chirurgica:

- 1.500 ai presidi di ASL
- 4.000 alle Az. Ospedaliere
- 4.000 ai Pol. Universitari
- 1.000 agli IRCCS
- 500 agli ospedali classificati

In questo modo questa classe aumenta di circa l'8% i ricoveri rispetto al 2004.

Allegato 2.1
Budget dell'anno 2005 per il tipo di ricovero ospedaliero per giorni per i residenti Lazio

Costar = costo dopo la maturazione degli ordinari inappropriati e dei controlli

** = Tipo DRG:
 TIPO-A = DRG di Alta Complessità + MDC15 (escluso DRG391), + DRG con peso >= 2 (Tutti DRG 424 e 428 e Aggiunti DRG 372, 373, 374, 375)
 TIPO-B = DRG con peso >= 1 e < 2 (Tutti DRG 318 e Aggiunti DRG 494, 498)
 TIPO-C = DRG con peso < 1 (Tutti DRG 312, 313, 314, 315, 489, 490)
 TIPO-D = DRG di LEA + DRG 238, 315, 342, 343, 350, 411, 317, 335, 347
 Costo DRG 368, 387, 100, 102, 145, 155, 168, 245, 247, 249, 252, 275, 295, 321, 279, 332, (Aggiunti DRG 409, 410)
 -L'ordine di importanza è TIPO-A, TIPO-B, TIPO-C e TIPO-D

Tipo	COA	Costo	ISTITUTO			CHIRURGICI			MEDICI			TOTALE ISTITUTO		
			Tipologia	Ordinari	Day Hospital	Dim. costar	Dim. costar	Dim. costar	Dim. costar	Dim. costar	Dim. costar	Dim. costar	Dim. costar	
1	106	045	San Paolo	389	3.341.832	48	133.413	307	1.033.945	727	4.247.142	12.222	1.072.000	
1	106	045	San Paolo	539	1.774.876	35	46.314	1.325	4.577.815	2.163	6.926.381	5.405.000	5.405.000	
1	106	045	San Paolo	181	326.422	315	1.939.250	1.015	1.425.029	1.706	2.452.415	1.652.000	1.652.000	
1	106	045	San Paolo	107	1.74.304	418	430.267	3.945	2.538.290	2.031	2.344.024	1.461.000	1.461.000	
1	106	045	San Paolo	1.165	6.652.804	876	380.053	3.740	8.744.376	6.839	46.405.387	9.889.000	9.889.000	
1	108	058	Paolo Pio	453	883.278	656	1.121.154	288	565.845	410	1.485.892	878.000	878.000	
1	108	058	Paolo Pio	447	1.521.911	32	39.486	675	2.162.817	24	3.953.049	2.192.000	2.192.000	
1	108	058	Paolo Pio	272	490.591	193	180.785	514	863.481	1.025	1.597.537	912.000	912.000	
1	108	058	Paolo Pio	111	170.715	237	222.549	432	663.168	886	1.153.672	733.000	733.000	
1	107	046	Paolo Pio	954	2.956.945	463	468.573	1.830	4.283.848	3.597	7.654.871	4.434.000	4.434.000	
1	107	046	Paolo Pio	745	3.355.479	5	14.591	361	808.222	824	5.317.117	507.000	507.000	
1	107	046	Paolo Pio	501	817.151	265	41.056	1.180	4.137.701	2.235	6.626.112	1.462.000	1.462.000	
1	107	046	Paolo Pio	954	3.091.330	339	335.731	1.420	1.976.941	709	4.078.622	2.923.000	2.923.000	
1	107	046	Paolo Pio	1.838	8.004.368	888	673.960	3.934	8.288.043	1.622	17.417.778	1.744.000	1.744.000	
1	107	049	Santissimo Cordone	158	1.94.781	1	1.023	440	814.352	814	2.771.938	214.000	214.000	
1	107	049	Santissimo Cordone	499	587.982	14	14.575	935	2.454.294	20	4.081.834	2.459.000	2.459.000	
1	107	049	Santissimo Cordone	314	587.792	505	470.000	430	723.347	19	11.164	735.000	735.000	
1	107	049	Santissimo Cordone	157	292.085	305	275.288	313	145.345	24	17.165	279.000	279.000	
1	107	049	Santissimo Cordone	1.118	3.972.821	855	785.908	1.865	4.469.040	45	8.000.855	4.907.000	4.907.000	
1	107	049	Santissimo Cordone	95	705.157	5	8.574	339	665.475	439	3.811.215	666.000	666.000	
1	107	051	Comugi Bernardino	427	1.255.749	3	3.039	615	2.375.747	1.114	3.444.762	2.184.000	2.184.000	
1	107	051	Comugi Bernardino	206	329.853	125	46.203	240	1.314.333	173	1.931.292	1.411.000	1.411.000	
1	107	051	Comugi Bernardino	657	1.511.042	455	43.862	531	311.001	844	3.877.664	1.159.000	1.159.000	
1	107	051	Comugi Bernardino	859	2.434.376	328	300.748	2.274	4.486.424	1.697	8.195.289	5.460.000	5.460.000	
1	107	052	Angelicci	115	1.127.339	1	181	181	676.773	334	1.805.121	578.000	578.000	
1	107	052	Angelicci	241	707.967	314	4.304	1.003	3.700.656	45	4.014.831	3.286.000	3.286.000	
1	107	052	Angelicci	109	195.028	34	287.575	550	1.057.500	1.050	1.594.942	1.112.000	1.112.000	
1	107	052	Angelicci	264	283.893	133	41.928	455	810.966	208	1.338.143	981.000	981.000	
1	107	053	San Giovanni Evangelista	676	2.818.547	478	430.857	2.233	5.760.908	3.716	8.751.115	6.007.000	6.007.000	
1	107	053	San Giovanni Evangelista	219	2.814.529	21	1.791	823	2.603.253	1.141	4.015.305	3.399.000	3.399.000	
1	107	053	San Giovanni Evangelista	832	2.451.052	21	34.520	1.434	5.763.641	1.117	170.997	2.429.000	2.429.000	
1	107	053	San Giovanni Evangelista	676	1.129.451	224	100.330	1.603	2.848.466	466	2.155.216	1.503.000	1.503.000	
1	107	053	San Giovanni Evangelista	207	495.161	516	887.459	1.142	1.833.371	546	2.922.154	2.655.000	2.655.000	
1	107	053	San Giovanni Evangelista	2.102	6.875.273	1.299	1.172.359	5.019	11.464.009	1.318	3.164.484	15.048.000	15.048.000	
1	107	057	San Giovanni Salvatore	22	160.263	4	6.739	57	53.853	36	221.327	34.000	34.000	
1	107	057	San Giovanni Salvatore	51	145.454	2	1.937	767	561.884	43	741.962	562.000	562.000	
1	107	057	San Giovanni Salvatore	76	28.501	97	33.791	38	60.055	322	491.634	111.000	111.000	
1	107	057	San Giovanni Salvatore	133	172.325	51	53.648	23	100.751	283	256.413	277.000	277.000	
1	107	057	San Giovanni Salvatore	285	567.563	194	186.106	330	855.863	463	1.737.534	3.034.000	3.034.000	
1	107	062	Santissimo Salvatore	43	32.723	16	115.917	783	677.892	1.372	438.023	323.000	323.000	
1	107	062	Santissimo Salvatore	182	839.280	19	22.860	537	1.643.222	66	48.737	177.000	177.000	
1	107	062	Santissimo Salvatore	40	143.463	50	37.430	239	473.585	383	2.093.005	1.791.000	1.791.000	
1	107	062	Santissimo Salvatore	151	235.811	173	359.012	344	951.352	345	1.198.873	787.000	787.000	
1	107	062	Santissimo Salvatore	477	1.360.257	222	237.437	1.137	2.929.279	749	1.010.372	3.831.000	3.831.000	
1	107	063	Vittorio Emanuele I	51	145.454	2	1.937	767	561.884	43	741.962	562.000	562.000	
1	107	063	Vittorio Emanuele I	76	28.501	97	33.791	38	60.055	322	491.634	111.000	111.000	
1	107	063	Vittorio Emanuele I	133	172.325	51	53.648	23	100.751	283	256.413	277.000	277.000	
1	107	063	Vittorio Emanuele I	285	567.563	194	186.106	330	855.863	463	1.737.534	3.034.000	3.034.000	
1	108	036	Villa Albani	43	32.723	16	115.917	783	677.892	1.372	438.023	323.000	323.000	
1	108	036	Villa Albani	182	839.280	19	22.860	537	1.643.222	66	48.737	177.000	177.000	
1	108	036	Villa Albani	40	143.463	50	37.430	239	473.585	383	2.093.005	1.791.000	1.791.000	
1	108	036	Villa Albani	151	235.811	173	359.012	344	951.352	345	1.198.873	787.000	787.000	
1	108	036	Villa Albani	477	1.360.257	222	237.437	1.137	2.929.279	749	1.010.372	3.831.000	3.831.000	
1	108	043	P.O. Auto-Maturo	261	3.102.868	1	1.221	63	83.743	388	998.458	686.000	686.000	
1	108	043	P.O. Auto-Maturo	670	2.035.028	29	37.733	782	1.757.717	222	4.894.317	1.759.000	1.759.000	
1	108	043	P.O. Auto-Maturo	510	1.017.842	457	47.075	815	1.303.323	340	4.852.985	3.823.000	3.823.000	
1	108	043	P.O. Auto-Maturo	131	223.895	485	468.727	600	365.705	435	5.012.253	1.467.000	1.467.000	
1	108	043	P.O. Auto-Maturo	1.725	6.376.164	1.059	1.084.406	3.890	7.843.408	345	17.976.338	10.465.000	10.465.000	

Allegato 2_1
 Budget dell'anno 2015 per singolo soggetto erogatore per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti per i residenti Lazio

Costoro = costo dopo la distribuzione degli ordinari inappropriati e dei cannelli

* = Tipo DRG

TIPO-A = DRG di Alta Complessità, + MDC 15 (esclusa DRG-C-394), + DRG con peso = 2 (Totale DRG 47% e con + App. 16) (DRG >2 373, 214, 375);
 TIPO-B = DRG con peso = 1 (+ < 2) (Totale 17,9%);
 TIPO-C = DRG con peso = 1 (Totale DRG 372, 373, 374, 375, 405, 410);
 TIPO-D = DRG di Alta + DRG (276 315, 342, 343, 305, 411, 017, 035, 047, 064, 075, 088, 087, 100, 102, 145, 165, 185, 245, 247, 249, 285, 286, 321, 329, 332); (Oggetti I DRG 489, 470)
 *1. Esclusa l'importazione di TIPO-A, TIPO-D, TIPO-E e TIPO-C

Tipo	COD	Codice	Nome	CHIRURGICI				MEDICI				TOTALE ISTITUTO	
				Ordinari	Day Hospital	Emerg.	Costo	Ordinari	Day Hospital	Emerg.	Costo	Dimiss.	Costo
1	110	019	San Camillo de Lellis	114	6.292.467	38	182.012	700	2.183.989	29	190.782	1.510	2.258.644
1	110	018	San Camillo de Lellis	1.942	4.558.556	193	237.145	9.056	10.380.681	617	981.658	5.293	17.342.000
1	110	019	San Camillo de Lellis	753	1.762.656	733	777.212	3.995.139	1.054	1.115.361	1.054	9.172.387	
1	110	019	San Camillo de Lellis	1.939	3.051.157	2.623	2.885.226	1.819	3.137.933	2.518	1.282.352	7.210	6.102.000
1	110	019	San Camillo de Lellis	3.207	41.724.074	5.640	6.084.388	7.841	15.687.871	4.319	3.476.128	18.767	4.405.000
1	110	020	Marzio Marini	58	321.215	3	35.614	35.614	65	359.028	65	32.150	
1	110	020	Marzio Marini	110	349.251	56	55.472	453	2.056.400	52	1.633	2.057.522	
1	110	020	Marzio Marini	87	44.373	144	147.467	216	451.146	498	68.128	2.057	
1	110	020	Marzio Marini	161	170.818	374	655.653	280	510.210	410	285.329	1.304	
1	110	020	Marzio Marini	338	844.354	174	351.485	1.166	3.038.088	570	329.964	2.848	
1	110	022	Francoeur Grimaldi	1	1	1	41.720	12	41.720	1	41.720	1	
1	110	022	Francoeur Grimaldi	1	869	208	858.305	19	7.543	7.543	7.543	1.000	
1	110	022	Francoeur Grimaldi	1	1	1	87.447	5	1.161	1.161	1.161	1.000	
1	110	022	Francoeur Grimaldi	1	1	1	1	1	1	1	1	1.000	
1	110	022	Francoeur Grimaldi	1	1	1	1	1	1	1	1	1.000	
1	111	209	P.O. Latina Nord	808	6.104.174	188	161.117	485	3.120.255	63	36.913	325	1.458.000
1	111	209	P.O. Latina Nord	1.095	6.218.216	178	155.783	3.888	4.781.132	20	30.666	3.794	1.458.000
1	111	200	P.O. Latina Nord	312	1.633.597	1.014	882.373	3.314	5.155.457	1.066	3.358.492	9.427	4.492.000
1	111	200	P.O. Latina Nord	655	887.688	1.514	1.342.375	3.717	4.703.218	552	8.589.300	5.147	3.385.000
1	111	200	P.O. Latina Nord	4.533	18.240.373	2.859	2.798.370	15.977	28.001.669	2.670	6.206.127	22.048	5.545.000
1	111	204	P.O. Latina Centro	228	1.023.287	3	4.684	863	1.395.191	3	4.435	1.375	35.308.000
1	111	204	P.O. Latina Centro	974	2.640.600	37	4.632	1.272	4.131.756	192	151.957	2.325	1.000
1	111	204	P.O. Latina Centro	332	643.553	205	895.243	1.037	1.989.935	258	211.438	2.451	2.102.000
1	111	204	P.O. Latina Centro	301	446.660	127	158.498	1.423	2.117.526	666	520.954	2.630	2.088.000
1	111	204	P.O. Latina Centro	1.752	5.253.818	842	863.318	4.875	9.855.487	1.042	944.256	8.461	10.804.000
1	111	206	P.O. Latina Sud	310	2.843.608	55	53.295	883	2.230.100	14	38.046	1.266	2.209.000
1	111	206	P.O. Latina Sud	672	2.840.914	62	79.295	1.480	6.235.925	480	335.461	3.653	1.934.000
1	111	206	P.O. Latina Sud	335	588.548	306	448.220	1.638	2.020.990	1.035	2.129.970	3.452	2.700.000
1	111	206	P.O. Latina Sud	295	380.118	379	391.218	1.741	2.956.307	2.372	1.070.658	5.795	3.743.000
1	111	206	P.O. Latina Sud	1.811	6.848.989	945	863.160	6.700	15.742.808	3.488	3.343.470	13.163	18.324.000
1	112	216	Imbarbato I	303	1.054.115	46	195.165	2.544	7.592.952	16	101.120	1.649	2.985.000
1	112	216	Imbarbato I	196	3.515.353	145	169.047	2.544	8.116.317	272	500.436	4.782	3.968.000
1	112	216	Imbarbato I	505	873.488	231	214.705	1.745	3.243.277	847	2.166.277	3.425	3.968.000
1	112	216	Imbarbato I	2.620	9.028.859	1.683	2.092.420	7.618	17.684.735	1.044	3.479.371	13.894	21.174.000
1	112	217	San Benedetto	641	1.855.032	41	45.432	302	1.188.100	544	1.188.100	544	1.188.100
1	112	217	San Benedetto	548	619.745	278	126.221	1.173	2.390.652	38	20.378	1.581	2.816.000
1	112	217	San Benedetto	26	413.376	400	442.804	1.720	1.567.808	439	2.75.701	2.373	2.750.314
1	112	217	San Benedetto	3.811	4.143.318	634	875.424	3.839	7.304.916	688	329.107	6.783	12.433.021
1	112	216	Civile di Anagni	159	1.033.230	1	2.251	27	449.959	45	35.529	241	1.000.770
1	112	216	Civile di Anagni	424	1.301.571	18	19.451	576	2.208.573	55	35.529	241	1.000.770
1	112	216	Civile di Anagni	271	425.088	67	70.878	608	1.008.450	344	951.297	290	3.252.824
1	112	216	Civile di Anagni	380	380.761	60	53.705	839	808.342	421	216.256	3.888	3.531.000
1	112	216	Civile di Anagni	1.115	3.158.928	144	158.235	2.481	5.714.371	810	1.213.171	4.821	10.448.704
1	112	221	Civile di Caserta	3	11.361	63	29.460	307	1.167.906	58	40.967	15	90.557
1	112	221	Civile di Caserta	122	114.214	115	231.262	40	32.174	489	32.174	489	32.174
1	112	221	Civile di Caserta	1.784	1.072.704	371	458.582	368	227.583	1.881	1.758.782	1.881	1.758.782
1	112	229	Pasquale Del Prete	30	306.357	2	1.115.618	816	1.874.737	462	307.095	874	3.882.276
1	112	229	Pasquale Del Prete	195	471.156	2	2.167	74	105.708	174	161.675	167	167.000
1	112	229	Pasquale Del Prete	431	473.236	40	38.647	1.200	4.047.888	81	70.215	1.433	4.047.888
1	112	229	Pasquale Del Prete	183	252.141	311	265.157	634	1.403.720	110	605.515	2.169	2.315.540
1	112	228	Sanissima Trinita	847	1.792.583	460	495.312	2.538	6.648.416	1.058	688.014	4.923	6.817.282
1	112	228	Sanissima Trinita	895	2.642.481	206	900.882	838	2.321.788	245	387.178	340	3.220.254
1	112	228	Sanissima Trinita	552	964.623	310	306.293	305	2.254.164	925	2.194.071	3.952	2.485.000
1	112	228	Sanissima Trinita	284	1.847.271	163	1.713.230	1.143	1.713.230	1.143	1.713.230	1.143	1.713.230
1	112	228	Sanissima Trinita	2.145	6.151.863	2.155	2.067.622	5.383	11.881.795	7.342	3.062.457	42.020	16.144.000

Tetti di produzione per tipologia di ricovero	
Chirurgici	Medici
Fondo totale	Fondo totale
5.431.000	2.174.000
5.091.000	1.942.000
1.671.000	737.333
2.320.000	2.023.560
18.068.000	23.163.000
32.150	35.000
493.000	2.055.333
231.000	513.333
84.300	786.000
1.808.000	3.587.000
1.000	42.000
1.000	776.000
161.000	1.000
161.000	1.000
1.458.000	246.000
5.000.000	4.692.000
5.884.000	4.343.000
2.562.000	995.000
2.220.000	1.732.000
15.631.000	35.308.000
2.586.000	3.001.000
3.016.000	4.313.000
3.016.000	2.020.000
1.036.000	1.980.000
8.037.000	10.804.000
3.607.000	2.209.000
2.193.000	8.511.000
1.615.000	448.000
781.000	381.000
8.932.000	18.324.000
4.300.000	6.000.000
3.885.000	3.968.000
1.638.000	3.105.000
2.154.000	2.755.000
14.127.000	21.174.000
3.117.000	1.185.000
1.879.000	2.816.000
748.000	2.985.000
639.333	446.000
4.801.000	7.631.000
1.058.000	443.000
1.321.000	3.916.000
490.000	2.060.000
447.000	54.000
3.321.000	3.061.000
21.000	75.333
82.000	1.239.000
1.074.000	174.000
1.074.000	1.074.000
1.390.000	2.831.000
639.200	167.000
442.000	4.047.888
531.000	1.444.000
518.000	2.315.540
2.287.000	2.658.000
1.069.000	4.893.000
1.710.000	3.575.000
1.710.000	2.485.000
2.381.000	841.000
6.650.000	16.144.000

Budget dell'anno 2000 per singolo soggetto erogatore per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti per i residenti Lazio

Castero = costo dopo la distribuzione degli oneri inappropriati e dei controlli

* Tipo DRG:

- TIPO A = DRG di alta Complessità + MDC15 (escluso DRG=357) + DRG con peso >= 2 (Tutti I DRG <= 459 e Aggiunti I DRG 572, 573, 574, 575, 576, 578)
- TIPO B = DRG con peso <= 1 + drg (Tutti DRG 379 e 469) tutti I DRG 424, 438
- TIPO C = DRG con peso <= 1 + tutti DRG 572, 573, 574, 575, 405, 470,
- TIPO D = DRG di LUL + DRG 000, 315, 342, 343, 350, 411, 017, 025, 047, 060, 070, 068, 087, 100, 102, 145, 165, 185, 199, 245, 247, 249, 266, 278, 285, 32, 328, 332; (Aggiunti I DRG 458, 470)
- TIPO E = DRG di alta complessità + TIPO A, TIPO B, TIPO C

Tipo	COA	Codice	Nome	ISTITUTO		TIPO DRG				CHIRURGICI				MEDICI				TOTALE ISTITUTO			
				Dimess.	Caster	Dimess.	Caster	Dimess.	Caster	Dimess.	Caster	Dimess.	Caster	Dimess.	Caster	Dimess.	Caster	Dimess.	Caster		
7	104	171	Clin. di Roma	2.461.658	337	2.461.658	117	3.667	1.061	2.003.037	15	4.593	1.430	4.645.105	2.464.000	2.263.000	2.464.000	2.263.000	4.928.000	4.526.000	
7	104	171	Clin. di Roma	576.754	357	576.754	302	25.408	467	342.005	24	18.892	1.190	7.173.759	875.000	551.000	843.000	551.000	1.726.000	1.273.000	
7	104	171	Clin. di Roma	547.172	314	547.172	2.555	2.584.765	465	765.285	163	4.401.925	3.506	3.528.000	3.528.000	2.061.000	840.000	840.000	2.061.000	1.726.000	1.726.000
7	104	171	Clin. di Roma	6.021.555	1.910	6.021.555	2.977	3.401.247	7.84	6.536.334	200	140.872	7.841	16.089.503	9.422.000	2.061.000	9.422.000	2.061.000	11.483.000	9.422.000	9.422.000
7	104	171	Clin. di Roma	11.074	2	11.074	1	30.436	753	30.436	24	42.277	24	131.000	4.392	4.392	1.284.000	1.284.000	1.284.000	1.284.000	1.284.000
7	104	270	San Raffaele Pisano	3.368	2	3.368	50	15.212.242	588	11.395	140	73.225	233	205.917	1.984.000	1.984.000	1.984.000	1.984.000	1.984.000	1.984.000	1.984.000
7	104	270	San Raffaele Pisano	14.058	4	14.058	556	390.636	556	477.512	556	477.512	1.364	2.913.748	15.000	15.000	498.000	498.000	498.000	498.000	498.000
7	105	080	San Giorgio	1.053	4	1.053	803	2.861.534	803	2.861.534	557	263.576	1.364	2.913.748	15.000	15.000	498.000	498.000	498.000	498.000	498.000
7	105	080	San Giorgio	3.225.322	409	3.225.322	409	3.225.322	409	3.225.322	409	3.225.322	409	3.225.322	409	409	1.325.000	1.325.000	1.325.000	1.325.000	1.325.000
7	105	080	San Giorgio	522.782	308	522.782	308	522.782	308	522.782	308	522.782	308	522.782	308	308	317.000	317.000	317.000	317.000	317.000
7	105	080	San Giorgio	2.170.136	870	2.170.136	870	2.170.136	870	2.170.136	870	2.170.136	870	2.170.136	870	870	2.170.000	2.170.000	2.170.000	2.170.000	2.170.000
7	105	080	San Giorgio	917.551	105	917.551	5	6.748	624	2.078.742	1	645	168	924.454	1.018.000	1.018.000	1.018.000	1.018.000	1.018.000	1.018.000	1.018.000
7	105	097	Villa Aurora	351.238	31	351.238	31	351.238	31	351.238	31	351.238	31	351.238	31	31	351.238	351.238	351.238	351.238	351.238
7	105	097	Villa Aurora	2.001.852	232	2.001.852	232	2.001.852	232	2.001.852	232	2.001.852	232	2.001.852	232	232	1.508.770	1.508.770	1.508.770	1.508.770	1.508.770
7	105	097	Villa Aurora	2.806.000	260	2.806.000	260	2.806.000	260	2.806.000	260	2.806.000	260	2.806.000	260	260	2.806.000	2.806.000	2.806.000	2.806.000	2.806.000
7	105	097	Villa Aurora	351.355	58	351.355	58	351.355	58	351.355	58	351.355	58	351.355	58	58	351.355	351.355	351.355	351.355	351.355
7	105	115	Santa Famiglia	2.228.657	175	2.228.657	175	2.228.657	175	2.228.657	175	2.228.657	175	2.228.657	175	175	2.228.657	2.228.657	2.228.657	2.228.657	2.228.657
7	105	115	Santa Famiglia	317.475	183	317.475	183	317.475	183	317.475	183	317.475	183	317.475	183	183	317.475	317.475	317.475	317.475	317.475
7	105	115	Santa Famiglia	188.710	225	188.710	225	188.710	225	188.710	225	188.710	225	188.710	225	225	188.710	188.710	188.710	188.710	188.710
7	105	115	Santa Famiglia	2.067.207	661	2.067.207	661	2.067.207	661	2.067.207	661	2.067.207	661	2.067.207	661	661	2.067.207	2.067.207	2.067.207	2.067.207	2.067.207
7	105	126	San Giuseppe	1.570.287	163	1.570.287	163	1.570.287	163	1.570.287	163	1.570.287	163	1.570.287	163	163	1.570.287	1.570.287	1.570.287	1.570.287	1.570.287
7	105	126	San Giuseppe	509.578	84	509.578	84	509.578	84	509.578	84	509.578	84	509.578	84	84	509.578	509.578	509.578	509.578	509.578
7	105	126	San Giuseppe	348.300	39	348.300	39	348.300	39	348.300	39	348.300	39	348.300	39	39	348.300	348.300	348.300	348.300	348.300
7	105	126	San Giuseppe	52.055	303	52.055	303	52.055	303	52.055	303	52.055	303	52.055	303	303	52.055	52.055	52.055	52.055	52.055
7	105	126	San Giuseppe	378.244	45	378.244	45	378.244	45	378.244	45	378.244	45	378.244	45	45	378.244	378.244	378.244	378.244	378.244
7	105	126	San Giuseppe	2.048.286	477	2.048.286	477	2.048.286	477	2.048.286	477	2.048.286	477	2.048.286	477	477	2.048.286	2.048.286	2.048.286	2.048.286	2.048.286
7	105	126	San Giuseppe	516.954	42	516.954	42	516.954	42	516.954	42	516.954	42	516.954	42	42	516.954	516.954	516.954	516.954	516.954
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	1.071.071	61	61	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071	1.071.071
7	105	131	Nuova Villa Claudia	1.071.071	61	1.0															

Allegato 2.1
Budget dell'anno 2005 per singolo soggetto erogatore per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti per i residenti Lazio

Custore = costo dopo la distribuzione degli oneri non appropriati e dei emprelli

* = Tipo DRG:

TIPO-A = ERG di Alta Complessità - VOCI (escluso DRG=05); * DRG con peso >= 2 (Tutti DRG 421 e 426 e Acuti DRG 372, 373, 374, 375);

TIPO-B = ERG con peso >= 1 e < 2 (Tutti DRG 372, 373, 374, 375, 489, 479)

TIPO-C = ERG di LEA - DRG 230, 315, 342, 343, 369, 411, 011, 025, 047, 059, 073, 628, 687, 100, 102, 145, 185, 189, 245, 247, 249, 278, 295, 371, 378, 399, 392); (esclusa I DRG 428, 479)

- L'ordine di importanza è TIPO-A, TIPO-D, - 20 B e - IPC-C;

Tipo	COA	Coltiva	ISTITUTO			CIRURGICI			MEDICI			Day Hospital			TOTALI ISTITUTO			Tetti di produzione per tipologia di ricovero		
			Munici	Ordinari	Dimiss.	costo	Ordinari	Dimiss.	costo	Ordinari	Dimiss.	costo	Ordinari	Dimiss.	costo	Chirurgici	Medici	Fondo totale	Munici DRG	Vincolo DRG
7	112	230	SantaAnna	154	1.107.783	6	5.577	283	179.007	283	1.274.004	1	283	283	1.077.000	172.000	1.249.000	1.077.000	172.000	1.249.000
7	112	230	SantaAnna	265	834.662	6	5.577	437	1.400.786	437	2.314.400	12	437	437	810.000	1.504.400	1.314.400	810.000	1.504.400	1.314.400
7	112	230	SantaAnna	57	111.142	70	73.162	124	438.357	66	616.589	66	53.373	53.373	64.000	432.000	696.589	64.000	432.000	696.589
7	112	230	SantaAnna	18	31.230	227	196.048	114	213.342	438	1.662.114	438	1.662.114	166.214	227.000	1.889.114	166.214	227.000	1.889.114	166.214
7	112	230	Totale Istituto	484	2.554.217	305	174.732	635	2.828.076	517	4.817.608	517	194.350	194.350	2.328.000	4.493.608	2.488.000	2.328.000	4.493.608	2.488.000
7	112	234	Villa Giulia	85	465.003	12	4.078	124	486.928	124	486.928	2	124	124	491.000	6.000	497.000	491.000	6.000	497.000
7	112	234	Villa Giulia	213	674.006	12	4.078	124	486.928	124	486.928	2	124	124	491.000	6.000	497.000	491.000	6.000	497.000
7	112	234	Villa Giulia	191	353.563	84	85.007	51	35.152	51	1.187.737	51	35.152	35.152	443.000	88.000	531.000	443.000	88.000	531.000
7	112	234	Villa Giulia	215	258.983	175	44.073	75	85.350	55	43.882	175	44.073	403.000	377.000	780.000	403.000	377.000	780.000	
7	112	238	Villa Giulia	679	1.247.252	281	244.545	108	83.684	108	3.474.344	108	83.684	1.561.000	1.484.000	2.945.000	1.561.000	1.484.000	2.945.000	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1.145.736	1.052.000	93.736	1.145.736	
7	112	238	Villa Savona	118	2.417.584	136	145.880	136	145.880	136	2.563.464	136	145.880	15.000	15.000	2.578.464	15.000	15.000	2.578.464	
7	112	238	Villa Savona	4	14.933	1	1.072.189	12	14.834	12	1.174.676	12	14.834	14.834	15.000	32.834	47.834	15.000	32.834	47.834
7	112	238	Villa Savona	185	348.321	26	57.652	36	57.652	36	386.004	36	57.652	57.652	60.000	117.652	175.652	60.000	117.652	175.652
7	112	238	Villa Savona	635	1.093.343	56	35.393	771	1.128.736	771	1.128.736	771	1.128.736	1.052.000	93.736	1				

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, abrupcio 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 2005 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".

AS

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 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		1.549,00
3	Craniotomia età <18	solo ordinario	<0,2	60		1.549,00
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	solo ordinario	<0,2	250		7.747,00
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



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)
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	50 con incremento 10% anno 2004	411,00 ovvero 822,00 (1)
39	Intervento per cataratta	Solo dh	-		Solo casi incrementali rispetto al 2004	148,00
ICD-9-CM 20.96-20.98 + DRG 49	Impianto di protesi cocleare	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 2005, ovvero
- ✓ che effettuano più di 50 interventi nel 2005, a condizione che il volume sia incrementato almeno del 10% rispetto al 2004

L'incentivo è pari ad € 822,00 per i casi incrementali rispetto al 2004 e ad € 411,00 per gli altri casi.

Allegato 5

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

PREMESSA

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, in primo luogo l'attività ambulatoriale e di day hospital.

Per il 2005, si individua quale obiettivo prioritario all'interno del SSR il trasferimento delle attività inappropriate verso i regimi che consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, quindi, dal ricovero ordinario verso il day hospital e da questo verso l'ambulatorio. Questo trasferimento di attività rappresenta una misura essenziale, che tutte le strutture devono mettere in atto, al fine di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie ed, al contempo, contenere il tasso di ospedalizzazione all'interno dei valori programmati.

Le misure da porre in atto riguardano principalmente tre aspetti: 1) soglie regionali per le prestazioni ospedaliere in ricovero ordinario a rischio di inappropriatezza; 2) nuova regolamentazione dell'attività di Day Hospital medico; 3) qualificazione dell'attività ambulatoriale ed istituzione del Day Service.



1) SOGLIE REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Rispetto a quanto previsto dalla DGR 864/02 e dalla DGR 602/04, vengono aggiornate per l'anno 2005 le soglie di ammissibilità calcolate attraverso il metodo APPRO sulla base delle rilevazioni relative al periodo 2003-2004.

Così come previsto dalle succitate delibere, le prestazioni di ricovero ordinario per acuti prodotte da ciascun soggetto erogatore che, a decorrere dal 1/1/05, 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 ad un accesso del corrispondente day hospital medico. La diversa remunerazione conseguente alla riclassificazione dei ricoveri incide direttamente nel valore complessivo della produzione dell'anno 2005.

Monitoraggio dei comportamenti - Sanzioni

Al fine di verificare la presenza di comportamenti delle strutture erogatrici volti ad aggirare gli effetti delle soglie di ammissibilità, verranno monitorati i seguenti indicatori:

- Proporzione di ricoveri ordinari standard (degenza > 1 giorno ed inferiore valore soglia DRG specifico) appartenenti ai 70 DRG per i quali è prevista una soglia di ammissibilità con sottoclasse APR-DRG di gravità o di rischio di morte superiore alla minima sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai 70 DRG per i quali è prevista una soglia di ammissibilità
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 16, 18, 24 e 34 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 16, 17, 18, 19, 24, 25, 34 e 35
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 46 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 46 e 47
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 68 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 68 e 69
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 96, 99, e 101 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 96, 97, 99, 100, 101 e 102
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 130, 132, 141 e 144 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 130, 131, 132, 133, 141, 142, 144 e 145
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 157, 159, 161, 182 e 188 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 157, 158, 159, 160, 161, 162, 182, 183, 188 e 189
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 205 e 207 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 205, 206, 207 e 208
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 221 e 244 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 221, 222, 244 e 245
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 269, 277 e 280 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 269, 270, 277, 278, 280 e 281
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti al DRG 300 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 300 e 301
- Proporzione di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 320, 323, 325, 328, e 331 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 320, 321, 323, 324, 325, 326, 328, 329, 331 e 332
- 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.

Questi indicatori vengono monitorati dall'ASP sulle attività del I e del II semestre 2005 di tutte le strutture ospedaliere per acuti. Qualora per una struttura venga evidenziato a carico di uno o più indicatori un incremento superiore al 10% del valore registrato nel 2004, l'ASP provvederà a selezionare un campione statisticamente significativo dei ricoveri considerati al numeratore degli indicatori per i quali è stato riscontrato l'incremento.

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 1178/03).

I controlli sul campione contribuiscono a tutti gli effetti al raggiungimento del volume minimo 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.

Pertanto, nell'ambito del Sistema regionale dei controlli esterni, nel corso del II semestre 2005 vengono monitorati gli indicatori ed effettuati gli eventuali controlli relativamente all'attività ospedaliera del I semestre 2005, mentre nel corso del I semestre 2006 sono monitorati gli indicatori ed effettuati gli eventuali controlli relativamente all'attività ospedaliera del II semestre 2005.

I risultati dei controlli, in termini di diversa valorizzazione economica degli episodi di ricovero, seguono l'iter previsto dalle norme regionali in materia, inoltre, costituiscono l'elemento sulla base del quale applicare le sanzioni previste dall'art. 70 della L.R. n. 2/03, secondo lo schema seguente.

% di ricoveri con incongruenze della codifica	Conseguenze economiche e sanzioni
< 40%	Diversa valorizzazione economica dei ricoveri attribuiti ad altro DRG.
> 40% e < 60%	Diversa valorizzazione economica dei ricoveri attribuiti ad altro DRG; Sanzione pari al 50% del fatturato DRG dei ricoveri dai quali è stato estratto il campione controllato.
> 60%	Diversa valorizzazione economica dei ricoveri attribuiti ad altro DRG; Sanzione pari al 70% del fatturato DRG dei ricoveri dai quali è stato estratto il campione controllato.

Ai fini delle conseguenze economiche descritte in tabella, vengono considerate incongruenze della codifica solo quelle che determinano l'attribuzione del ricovero ad un diverso DRG o, per l'evento verificato con il primo indicatore, l'attribuzione alla sottoclasse di gravità minima APR-DRG.

Le modalità di irrogazione delle sanzioni saranno definite con apposito provvedimento regionale.

**SOGLIE REGIONALI DI AMMISSIBILITA' DRG SPECIFICHE (25° PERCENTILE)
SECONDO IL METODO APPRO.
DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/01**

DRG	Tipo	Descrizione	Criteri di selezione della casistica	Soglia di ammissibilità
006	C	DECOMPRESIONE TUNNEL CARPALE		0,0
019	M	MAL. NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC		19,6
025	M	CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ >17 SENZA CC		30,2
039	C	INT. SU CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		0,8
040	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETÀ >17		2,2
041	C	INT. EXTRAOCULARI ESCL. ORBITA, ETÀ <18		55,0
042	C	INT. INTRAOCULARI ESCL. RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	Escluso codici 11.6 (trapianto di cornea)	16,0
055	C	MISCELLANEA INT. SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		46,4
065	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO		49,5
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE		9,5
131	M	MAL. VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC		25,7
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC		18,5
134	M	IPERTENSIONE		13,9
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC		65,9
158	C	INT. SU ANO E STOMA SENZA CC		48,2
160	C	INT. ERNIA ESCL. INGUIN. E FEMOR., ETÀ >17 SENZA CC		71,4
162	C	INT. ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ >17 SENZA CC		27,9
163	C	INT. ERNIA, ETÀ <18		61,0
183	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ >17 SENZA CC		45,5
184	M	GASTROENT., MISCELL. MAL. DIGER., ETÀ <18		34,0
187	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI		2,8
208	M	MAL. VIE BILIARI SENZA CC		56,0*
222	C	INT. SU GINOCCHIO SENZA CC	Limitatamente al codice 80.6 (asp. cartilagine semilunare)	2,4
232	C	ARTROSCOPIA		32,7
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO		52,8
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)	13,0
267	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI		13,9
270	C	ALTRI INT. PELLE, SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC		3,7
276	M	PATOLOGIE NON MALIGNHE DELLA MAMMELLA		0,0
281	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ >17 SENZA CC		60,6
282	M	TRAUMI PELLE, SOTTOCUT. E MAMMELLA, ETÀ <18		30,0
283	M	MAL. MINORI DELLA PELLE CON CC		50,0*
284	M	MAL. MINORI DELLA PELLE SENZA CC		11,0
294	M	DIABETE ETÀ >35		7,4*
301	M	MAL. ENDOCRINE SENZA CC		5,7
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC		51,6*
326	M	SEGNI, SINTOMI RENE E VIE URINARIE, ETÀ >17 SENZA CC		28,3
364	C	D&C, CONIZZAZIONE ESCL. PER T.M.		22,5
395	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ >17		20,0
426	M	NEVROSI DEPRESSIVE		11,1
427	M	NEVROSI ESCL. NEVROSI DEPRESSIVE		6,6
429	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE		22,9
467	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE		10,5

*soglie normative, invariate rispetto al 2004

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

Altri DRG

DRG	Tipo	Descrizione	Criteri di selezione della casistica	Soglia di ammissibilità
206	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPL. MAL. CIRR. NO CC.		23,7
315	C	ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE	limitatamente al codice 39.27 (arteriovenostomia per dialisi renale)	0,0
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17		1,9
343	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18		13,9*
369	M	DIST. MESTR. E ALTRI DISTR. APPAR. RIPRODUTTIVO FEMM.		30,2
411	M	ANAMNESI DI NEPL. MAL. SENZA ENDOSCOPIA		1,5
017	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC		51,4
035	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC		20,0
047	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC		6,3
069	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC		32,3
073	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17		24,3
088	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA		49,4
097	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC		23,9
130	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC		22,2
102	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC		23,5
145	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC		50,0
180	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETA' > 17		14,2
189	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC		29,7
245	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC		8,2
247	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO		30,0
249	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST. MUSCOLOSCHIEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO		37,9
256	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SIST. MUSCOLOSCHIEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO		12,5
278	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC		32,9
295	M	DIABETE ETA' < 36		40,6*
321	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC		45,8
329	M	STENOSI URETRALE ETA' > 17 SENZA CC		9,7
332	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC		25,9

*soglie normative, invariate rispetto al 2004

2) NUOVA REGOLAMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL MEDICO

2.1 DEFINIZIONE E CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEL DAY HOSPITAL MEDICO PER ACUTI

1. Il Day Hospital (DH) medico per acuti è una modalità assistenziale in regime di ricovero programmato, erogabile in cicli, volta ad affrontare uno specifico problema sanitario terapeutico e/o diagnostico, che non comporti la necessità del ricovero ordinario e che per la sua complessità non sia affrontabile in regime ambulatoriale.
2. Il DH medico, che genera un DRG medico, è costituito da uno o più accessi, ciascuno dei quali si estende per un periodo superiore alle 3 ore, ma è limitato ad una sola parte della giornata, non arrivando a ricoprire l'intero arco delle 24 ore.
3. L'assistenza prestata durante il singolo accesso in DH medico si caratterizza per il coinvolgimento di diverse figure professionali, per la complessità delle prestazioni erogate o per la necessità di assistenza medico-infermieristica prolungata.
4. In linea generale, pertanto, il DH medico rappresenta la modalità assistenziale per affrontare problemi sanitari specifici che per la loro soluzione richiedono, in ogni singolo accesso, almeno una delle seguenti attività assistenziali: a) la valutazione integrata di più specialisti sulla situazione clinica di un paziente; b) l'erogazione di prestazioni specialistiche di notevole impegno professionale o durata; c) la somministrazione di terapie che necessitano di sorveglianza e/o monitoraggio; d) l'esecuzione di procedure diagnostiche o terapeutiche soprattutto invasive per le quali è indicato un periodo di osservazione.
5. I criteri di erogabilità per il DH medico previsti dalla tabella XI DGR 713/00 vengono abrogati.
6. La proposta di attivazione di DH viene effettuata da parte del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico specialista territoriale od ospedaliero. Il medico referente valuta la proposta e, sulla base degli specifici protocolli diagnostico-terapeutici, decide sull'attivazione del DH.
7. Il DH medico richiede, sulla base della normativa vigente, la corretta compilazione della cartella clinica e della relativa SDO.
Ai fini della compilazione della SDO: a) è conteggiato come giornata di degenza ogni singolo accesso che risponde alle definizioni di cui sopra; b) la data di ammissione corrisponde alla data del primo accesso; c) la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto tra paziente e struttura (anche se solo telefonico).
La cartella clinica e la corrispondente SDO relative al DH medico devono essere chiuse con tempestività una volta concluso l'iter diagnostico-terapeutico programmato e comunque non oltre 90 giorni dall'ultimo accesso. Da un punto di vista amministrativo è da evitare la frammentazione in più ricoveri dello stesso ciclo di trattamento al fine di non introdurre distorsioni nel calcolo dei tassi di ospedalizzazione. Inoltre, come previsto dal DM 380/00, la SDO, relativa ai cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, e dar luogo ad una nuova SDO ("Chiusura amministrativa"), da registrare l'anno successivo. Questo è l'unico caso in cui la data di dimissione non coincide con la data dell'ultimo contatto.

2.2 ADEGUAMENTI TARIFFARI PER L'ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL PER ACUTI

1. Al fine di incentivare l'attività di Day Hospital sicuramente appropriata, ma per la quale le attuali modalità di remunerazione non sembrano essere in grado di coprire i costi affrontati dalla struttura, vengono introdotti a partire dal 2005 i seguenti adeguamenti tariffari.
 - (a) In eccezione alla regola generale che prevede che il trattamento farmacologico effettuato durante gli accessi di DH trovi la propria remunerazione nella tariffa DRG specifica, si stabilisce che nell'ambito dei DH FINALIZZATI AL TRATTAMENTO DI NEOPLASIE, attribuibili al DRG 410, i farmaci somministrati, nel rispetto delle indicazioni ministeriali, durante gli accessi, vengano rimborsati separatamente al di fuori della tariffa DRG specifica. La lista dei farmaci per i quali è previsto il rimborso separato verrà definita con apposito provvedimento della Direzione Regionale competente.

A tal fine, la struttura erogante i DH di chemioterapia, provvederà a segnalare il consumo di farmaci con il flusso informativo "file F", già esistente e disciplinato dalla circolare n. 6 del 2003. I dati del file F verranno incrociati con i dati confluiti al SIO e, per i ricoveri di DH così individuati, il costo dei farmaci verrà compensato secondo le regole vigenti per la compensazione regionale della somministrazione diretta, mentre la remunerazione DRG specifica per il ricovero in DH verrà erogata nella misura del 40%.

Per le case di cura accreditate, che non sono coinvolte nella trasmissione del file F, i farmaci della lista verranno forniti dall'ASL competente territorialmente, la quale a sua volta provvederà a registrarli nel file F. Le ASL e le case di cura accreditate hanno l'obbligo di attivare meccanismi efficaci che permettano di verificare l'avvenuta erogazione dei farmaci e la puntuale e corretta registrazione nel file F, nonché la coerenza della prescrizione e delle modalità di erogazione.
 - (b) La remunerazione dei ricoveri ordinari brevi con degenza 0-1 giorno e dei ricoveri in DH medico che sono finalizzati all'erogazione di uno degli INTERVENTI/PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE individuati in tabella, viene integrata, se inferiore, alla cifra definita nella stessa tabella. I valori di integrazione potranno essere rivisti in seguito ad analisi dei costi di produzione.

Tabella 1 - Prestazioni diagnostico-terapeutiche per le quali è prevista, se effettuate in regime ordinario con degenza 0-1 giorni o in day hospital medico, un'integrazione tariffaria

	Prestazione diagnostico-terapeutica	Integrazione tariffa sino a
33.26	Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del polmone	405,00 euro
41.31	Biopsia [agobiopsia] del midollo osseo	582,00 euro
50.11	Biopsia [agobiopsia] [percutanea] [aspirazione] del	426,00 euro
54.91	Drenaggio percutaneo addominale	435,00 euro
86.07	inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile (port a cath)	496,00 euro
98.51	Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica	1032,00 euro

2. Al fine di disincentivare l'attività di Day Hospital effettuabile in regime ambulatoriale attraverso l'erogazione di uno specifico pacchetto ambulatoriale complesso (PAC) o di un accorpamento di prestazioni ambulatoriali (APA), si rideterminano le tariffe da applicare ai ricoveri ordinari di 0-1 giorno di degenza ed ai ricoveri in day hospital del DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) e del DRG 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), come riportato nella tabella seguente:

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Ricoveri di 1 giorno e ricoveri diurni
006	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	800,00
039	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.100,00

2.3 Indicazioni transitorie per favorire l'avvio delle nuove modalità di erogazione del DH medico

1. Per il 2005, al fine di favorire un passaggio graduale da una regolamentazione basata su liste positive di prestazioni alla nuova regolamentazione basata sui criteri generali di appropriatezza previsti dai punti 3 e 4, sono remunerabili i soli accessi di DH medico nei quali venga effettuata almeno una prestazione indicativa di appropriatezza. La lista delle prestazioni verrà definita con apposito provvedimento della Direzione regionale competente.
2. Si raccomanda di impiegare i codici 89.03 (anamnesi e valutazione, definite complessive) e 89.07 (consulto, definito complessivo), solo in presenza di una valutazione integrata di più specialisti sulla situazione clinica di un paziente, adeguatamente documentata in cartella clinica. Il codice 89.03 è da privilegiare nei casi in cui la valutazione integrata riguarda un nuovo problema clinico, mentre il codice 89.07 è da preferire quando la valutazione clinica si riferisce ad un problema clinico già presente e conosciuto.
3. Tra i DH remunerabili verranno svolti, nell'ambito del sistema regionale dei controlli esterni, un congruo numero di controlli analitici impiegando il manuale Pruo DH, già previsto quale strumento per il controllo di appropriatezza dalla DGR 1178/02.
4. Le strutture erogatrici i DH medici nella compilazione e codifica della SDO sono tenute ad indicare, nei limiti previsti dall'attuale SDO, tutte le procedure effettuate con la relativa data.

PAR

3) QUALIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE E ISTITUZIONE DEL DAY SERVICE.

3.1 Introduzione Nel Nomenclatore Tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale di Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA)

1. In analogia a quanto già previsto dalla DGR 837 del 21/06/02 che ha introdotto nel nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale la prestazione "terapia fotodinamica della degenerazione maculare retinica", contraddistinta dal codice 14.36 e costituita da più prestazioni, vengono modificate nel nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale le tariffe, le note di derogabilità e le descrizioni delle seguenti prestazioni che vanno a costituire degli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali:

Nota	Codice	Descrizione	Branca 1	Branca 2	Branca 3	Branca 4	Tar. €
A H C	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (prestazione comprensiva di visita anestesiologicala e anestesia, esami pre – intervento, visita di controllo e medicazione)	80	36	30	09	800,00
A H C	13.41	INTERVENTO DI FACOEMULSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA ED INSERZIONE CONTEMPORANEA DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento)	80	34			1.100,00

2. Le strutture che erogano le prestazioni contraddistinte nel nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale con la lettera A (accorpamenti di prestazioni ambulatoriali) hanno l'obbligo di predisporre e conservare la documentazione amministrativa e clinica che attesta le attività svolte ed il rispetto delle indicazioni previste dal nomenclatore tariffario.
3. Viene eliminata dal nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale la prestazione "Inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento della estrazione di cataratta eseguiti in contemporanea" corrispondente al codice 13.71.
4. Le tariffe - individuate sulla base di un confronto con le tariffe dei ricoveri ospedalieri e quelle in vigore presso altre regioni che hanno già introdotto le prestazioni nel proprio nomenclatore tariffario – hanno valenza provvisoria in attesa dei risultati di un'analisi dei costi di produzione attualmente in corso.
5. Gli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali 04.43 e 13.41 possono essere erogati solo presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate, che già erogano le prestazioni 04.43 (DRG 006) e 13.41 (DRG 039) in regime di ricovero ordinario e/o day hospital e risultino anche provvisoriamente accreditate allo svolgimento di attività ambulatoriale in una delle branche di riferimento. Tenendo conto della sostanziale sovrapposibilità tra le attività di day surgery e la chirurgia ambulatoriale, le strutture ospedaliere che già effettuino le prestazioni in ricoveri a regime diurno, ma non siano provvisoriamente accreditate per le attività ambulatoriali nelle discipline di riferimento, possono richiedere l'autorizzazione. Inoltre, le suddette prestazioni possono essere effettuate dalle strutture ambulatoriali provvisoriamente accreditate all'erogazione delle prestazioni della branca 80.

6. Al fine di evitare che le scelte organizzative messe in atto dalle strutture gravino sui cittadini, in via straordinaria e transitoria per il 2005 non si prevede la partecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni di cui sopra (04.43 e 13.41)

3.2 Introduzione Nel Nomenclatore Tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale di nuove Prestazioni Ambulatoriali

1. Nelle more dell'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale regionale in via di espletamento, s'introduce la prestazione "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche" contraddistinta dal codice 99.22, come descritta nello schema seguente:

Nota	Codice	Descrizione	Branca 1	Tar_€
E	99.22	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE. INCLUSO: PER VIA IPODERMICA, INTRAMUSCOLARE, ENDOVENOSA. Escluso: steroidi cod. 99.23, sostanze ormonali cod. 99.24.1, farmaci antitumorali cod. 99.25. Escluso costo del farmaco	99	3,00

3.3 DEFINIZIONE E CRITERI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEL DAY SERVICE

1. E' una modalit  assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in day hospital, di pazienti che presentano problemi sanitari complessi e di norma non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata.
2. Rispetto all'ambulatorio tradizionale, il Day Service prevede la presa in carico del paziente da parte di un medico referente che consiste nella pianificazione e nel coordinamento del processo assistenziale, nella gestione della documentazione clinica e nella stesura della relazione clinica riassuntiva finale.
3. Nel Day Service vengono erogati i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC). Il PAC   un insieme di prestazioni multidisciplinari ed integrate alla gestione dello stesso problema sanitario complesso, diagnostico e/o terapeutico, che viene erogato in un arco temporale ristretto e si conclude con la stesura della relazione clinica riassuntiva finale. Le prestazioni di un PAC sono comprese tra quelle riportate nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale e per entrare a far parte di un PAC devono essere previste in una lista predefinita specifica per ogni PAC.
4. Il PAC deve essere erogato, concentrando gli appuntamenti in maniera da prevedere per il paziente il minor numero di accessi necessario all'effettuazione delle prestazioni che compongono il PAC. Quando non altrimenti specificato nella definizione del singolo PAC, il tempo massimo che pu  intercorrere tra l'apertura del PAC e la consegna della relazione clinica riassuntiva finale non pu  essere superiore ad un mese.
5. La proposta di attivazione di PAC viene effettuata, utilizzando il ricettario regionale, da parte del medico di medicina generale, del pediatra di libera scelta, del medico specialista territoriale od ospedaliero, che richiede 'visita specialistica per PAC'. Il medico referente valuta la proposta e, sulla base degli specifici protocolli diagnostico-terapeutici, decide sull'attivazione del PAC ed, in caso di accoglimento della proposta, prescrive, utilizzando sempre il ricettario regionale, le singole prestazioni che compongono il PAC, anche in numero superiore ad otto e riferite a pi  branche specialistiche, specificando il PAC di riferimento.

6. La documentazione clinica del day service deve essere composta da:
 - ricetta di prescrizione
 - dati anagrafici del paziente compreso il codice fiscale
 - inquadramento del problema sanitario che ha determinato l'attivazione del PAC, con indicazione della diagnosi o sospetto diagnostico e di eventuali esami già eseguiti in altra modalità assistenziale
 - programmazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche che entrano a far parte del PAC
 - copia dei referti relativi a tutte le prestazioni che hanno costituito il PAC
 - relazione clinica riassuntiva finale (conclusiva del PAC).
7. La suddetta documentazione deve essere predisposta per ogni singolo PAC a cura dell'équipe del Day Service ed archiviata, anche soltanto in formato elettronico, presso la struttura.
8. I referti e la relazione clinica riassuntiva vengono consegnati in originale al paziente.
9. I dati relativi ai PAC confluiscono nel Sistema Informativo per l'Assistenza Ambulatoriale (SIAS) secondo le regole vigenti per detto flusso e con le modalità che verranno stabilite.
10. Il day service prevede la compartecipazione alla spesa da parte del paziente. La remunerazione alla struttura erogante il PAC verrà definita dalla somma delle tariffe ambulatoriali delle singole prestazioni che costituiscono il PAC, al netto di eventuali ticket, oppure per i PAC standardizzabili con una tariffa forfettaria.

3.4 Individuazione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC)

1. Vengono introdotti i seguenti Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), le cui specifiche verranno definite con provvedimento della Direzione Regionale competente:
 - PAC per il follow-up del bambino altamente pretermine (P7650A, P7650B1, P7650B2, P7650C, P7650D, P7650E, P7650F, P7650G)
 - PAC diagnostico per l'ipertensione (P401)
 - PAC diagnostico per il nodulo tiroideo (P241)
 - PAC diagnostico per l'anemia (P2859)
 - PAC terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci (PV58)
2. E' auspicabile l'introduzione di ulteriori PAC al fine di perseguire due obiettivi prioritari: l'erogazione in un regime appropriato di assistenza che attualmente viene svolta impropriamente in day hospital, la diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici per i quali esiste evidenza di efficacia.
3. Si stabilisce il seguente iter per l'introduzione di nuovi PAC erogabili in Day Service.
 - Le proposte di nuovi PAC possono essere effettuate dai seguenti soggetti: Agenzia di Sanità Pubblica, ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici universitari, IRCCS, Ospedali classificati, Società Medico-scientifiche, Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, questi ultimi attraverso le proprie associazioni e società scientifiche. Le Case di cura accreditate possono effettuare le loro proposte attraverso l'ASL competente per territorio.
 - Le proposte di introduzione di nuovi PAC devono essere inoltrate alla Direzione Regionale competente e contenere i seguenti aspetti: rationale del PAC, tipologia di pazienti cui è rivolto, prestazioni che lo compongono (con riferimento al nomenclatore tariffario), eventuale bibliografia di accompagnamento.
 - Le proposte di nuovi PAC verranno periodicamente valutate da uno specifico Gruppo di Lavoro già istituito presso l'ASP con Decisione n.143 del 9/7/2004, che potrà avvalersi di competenze esterne specifiche per singola area specialistica.

- I nuovi PAC, una volta effettuata la valutazione, verranno introdotti con apposito atto della Direzione Regionale competente, del quale verrà data comunicazione a tutti i soggetti erogatori.
4. Si stabilisce che analogo iter venga seguito per l'aggiornamento e l'integrazione di PAC esistenti.

3.5 Indicazioni transitorie per favorire l'avvio del Day Service

1. Per il 2005, l'attività del Day Service potrà essere svolta presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate, limitatamente ai PAC per i quali queste strutture già erogano prestazioni in regime di ricovero ordinario e/o day hospital e risultino anche autorizzate e provvisoriamente accreditate allo svolgimento di attività ambulatoriale in una delle branche di riferimento. Queste strutture devono comunicare alla competente Direzione Regionale dell'Assessorato alla Sanità e, per conoscenza, all'ASP, l'inizio dell'attività, specificando i PAC erogabili con le relative modalità organizzative. Le strutture ospedaliere che già effettuano attività di ricovero, ma non siano provvisoriamente autorizzate ed accreditate per le attività ambulatoriali nelle discipline di riferimento, possono richiedere l'autorizzazione.
2. Pur essendo possibili differenti forme organizzative, nel rispetto dei criteri generali del Day Service, si ritiene che in questa fase di avvio un valido riferimento possa essere rappresentato dai modelli organizzativi già attuati e sperimentati per il DH.
3. Le tariffe individuate per i PAC - definite sulla base delle attuali tariffe previste per le prestazioni della specialistica ambulatoriale - hanno carattere provvisorio e potranno essere modificate in seguito a opportune valutazioni dei costi di produzione o a variazione del nomenclatore tariffario.
4. L'ASP effettuerà un monitoraggio delle attività, sulla base del quale potranno essere svolti appositi controlli nell'ambito del sistema regionale dei controlli esterni, previsto dalla DGr 1178/03.
5. Al fine di evitare che le scelte organizzative messe in atto dalle strutture gravino sui cittadini, in via straordinaria e transitoria per il 2005, non si applica quanto previsto per la compartecipazione alla spesa (ticket) relativamente all'erogazione dei PAC.

Allegato 6

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 2005 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 2005 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.

Allegato 7

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 422 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.

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 2004. 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 30% dopo il 60° giorno, per i ricoveri avvenuti entro 30 giorni dall'evento acuto documentato dalla scheda di dimissione ospedaliera;
- 70% della tariffa suindicata per gli altri casi

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.

Allegato 8

**NUOVA SCHEDA RAD-RIABILITAZIONE PER I REPARTI DI RECUPERO E
RIABILITAZIONE FUNZIONALE (COD. 56), NEURORIABILITAZIONE (COD. 75) E
UNITÀ SPINALE (COD. 28)**

PREMESSA

La Scheda di Dimissione Ospedaliera, strumento amministrativo finalizzato alla remunerazione dei ricoveri per acuti, risulta inadeguata per descrivere gli episodi di ricovero nei reparti di riabilitazione. Specificamente, è carente per informazioni rilevanti come i motivi dell'accesso, l'impegno assistenziale, il livello di disabilità all'ingresso ed alla dimissione e le risorse riabilitative disponibili nella fase successiva alla dimissione.

Per questi motivi, l'Agenzia di Sanità Pubblica – in accordo con il Dipartimento Sociale Direzione regionale S.S.R. - ha coordinato un gruppo di lavoro tecnico con l'obiettivo di definire i contenuti informativi di una scheda RAD specifica per la riabilitazione.

Il gruppo di lavoro ha iniziato i lavori nel novembre 2003 e, dopo una fase di sperimentazione effettuata presso alcune strutture ospedaliere nel periodo luglio 2004 - settembre 2004 di una versione preliminare della scheda raccolta dati, ha proceduto alla revisione della scheda proposta, delle modalità organizzative e del programma per la registrazione dei dati. La scheda definitiva è stata elaborata tenendo conto anche dei commenti di molti operatori forniti dopo la presentazione della scheda preliminare, nella riunione annuale del 29 ottobre 2004 relativa alla presentazione dell'attività di ricovero dei reparti di riabilitazione post-acuzie della regione Lazio.

RB
Le novità sostanziali del nuovo flusso riguardano non solo i contenuti informativi della Scheda e l'adozione di strumenti standardizzati di misura della disabilità (scale di valutazione), ma anche le modalità di rilevazione e trasmissione del dato, che avviene in due momenti diversi e indipendenti (ricovero e dimissione) e le modalità di registrazione e di gestione degli archivi che avviene in rete.

1) CONTENUTI INFORMATIVI DELLA SCHEDA PER LA RIABILITAZIONE

1. Modalità di accesso in riabilitazione

Sono state dettagliate le informazioni sulla provenienza specificando il tipo di istituto da cui si effettua l'eventuale trasferimento, il regime di ricovero, specificando in caso di DH se prevalente la componente diagnostica o terapeutica, e l'eventuale associazione dell'episodio riabilitativo corrente con un evento acuto con ricovero in struttura per acuti, con l'indicazione del tempo intercorso tra l'attuale ricovero e l'evento acuto.

2. Diagnosi

Sono state distinte la patologia oggetto dell'intervento riabilitativo (ad es. emiparesi) dalla patologia di base che dovrebbe descrivere l'evento acuto o la diagnosi principale di un precedente ricovero per acuti associato alla riabilitazione (ad es. ictus), o ancora la condizione cronica che richiede l'intervento riabilitativo.

Vengono previste in fase di dimissione eventuali diagnosi supplementari per eventi intercorsi in fase di trattamento che producono una variazione significativa del programma riabilitativo e delle risorse impegnate e la possibilità di segnalare una diagnosi di dimissione diversa da quella indicata al ricovero come oggetto dell'intervento riabilitativo.

3. Modalità di dimissione

Viene richiesto alla dimissione il programma riabilitativo proposto, l'eventuale uso di protesi, e nel caso in cui la dimissione sia a domicilio la condizione abitativa

4. Strumenti standardizzati di misurazione della disabilità

Come strumenti standardizzati di misurazione della disabilità nell'età adulta (≥ 18 anni) sono state individuate le seguenti scale, che vanno compilate all'ingresso ed alla dimissione:

- Indice di Barthel (ad eccezione del post-coma e della mielolesione)
- Six minute walk test (6MWT) (solo riabilitazione cardiologica e/o respiratoria)
- Scala di Borg (solo riabilitazione cardiologica e/o respiratoria)
- Glasgow Outcome Scale (GOS) (solo post-coma)
- Disability Rating Scale (DRS) (solo post-coma)
- Levels of Cognitive Functioning (LCF) (solo post-coma)
- Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (solo mielolesione)

In considerazione della estrema specificità e della complessità delle scale disponibili per l'età evolutiva, per tale gruppo di età (<18 anni) non è stato previsto alcuno strumento di descrizione del livello di disabilità.

Una sezione a parte, che precede la compilazione delle scale di valutazione, permette di indicare il livello di compromissione delle diverse aree funzionali (13), attraverso un sistema di codifica stabilito in sede di gruppo di lavoro.

2) MODALITA' DI RILEVAZIONE E TEMPI DI TRASMISSIONE

La rilevazione delle informazioni e la compilazione della scheda cartacea deve avvenire in due fasi distinte:

- al momento del ricovero in riabilitazione: la valutazione deve avvenire entro 10 giorni dall'ingresso del paziente e deve essere registrata sulla scheda cartacea, ed entro il 15° giorno dal ricovero in caso di RO o dal primo accesso in caso di DH, deve essere registrata sull'apposita scheda informatizzata in rete predisposta dall'ASP;
- al momento della dimissione dal reparto di riabilitazione: entro il 10° giorno dalla dimissione in caso di RO o all'ultimo accesso in caso di DH.

Ciò consentirà di disporre di informazioni sull'attività di ricovero in riabilitazione in modo continuo, sia sui pazienti dimessi che su quelli ancora ricoverati.

3) MODALITA' DI REGISTRAZIONE ED INVIO DEI DATI

La nuova scheda RAD per la riabilitazione è stata predisposta anche in forma cartacea, ma può essere scaricata dal sito dell'ASP: il debito informativo però rimane sottoforma di tracciato record e di direttive regionali sulle modalità di compilazione, codifica e trasmissione. L'ASP ha deciso di predisporre un software per la registrazione dei dati con modalità on line, che permette cioè di inserire i dati già codificati in una scheda informatizzata disponibile in rete sempre nel sito dell'ASP. In questa scheda informatizzata sono già inseriti tutti i controlli di qualità giudicati essenziali.

Nella fase sperimentale sono previste due modalità di registrazione ed invio dei dati.

- Modalità "on-line" su interfaccia WEB. Attraverso una parola chiave l'operatore ha l'accesso a maschere successive per l'inserimento dei dati. Con questa modalità l'archivio, residente presso un server protetto gestito dall'ASP, viene aggiornato in tempo reale.
- L'inserimento dei dati avviene localmente attraverso un programma sviluppato dall'Istituto di ricovero ed i dati con scadenza mensile vengono inviati via WEB all'ASP in formato XML. In questo caso il controllo di qualità deve essere comunque effettuato, con le stesse modalità della scheda on line, prima di aggiornare l'archivio nel server ASP.

I dati nominativi con le informazioni anagrafiche restano le stesse del RAD; sono separate da quelle sanitarie e saranno criptate.



allegatoA.pdf



allegatoB.pdf



allegatoC.pdf



RAD R.pdf

INDICE DI BARTHEL

[Shah S., Vaciay F., Cooper B., *Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*, Journal of Clinical Epidemiology, 1989; 8:703-709].

ALIMENTAZIONE

- 10= Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili.
Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.
8= Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.
5= Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel latte, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.
2= Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.
0= Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.

BAGNO/DOCCIA (lavarsi)

- 5= Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonoma in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.
4= Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).
3= Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.
1= Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
0= Totale dipendenza nel lavarsi.

IGIENE PERSONALE

- 5= Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).
4= In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.
3= Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.
1= Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
0= Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.

ABBIGLIAMENTO

- 10= Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.
8= Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.
5= Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.
2= Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.
0= Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

CONTINENZA INTESTINALE

- 10= Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.
8= Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.
5= Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, ed ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannolini, ecc.
2= Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.
0= Incontinente.

CONTINENZA URINARIA

- 10= Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.
8= Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di un minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.
5= In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessita di aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.
2= Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.
0= Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.

USO DEL GABINETTO

- 10= Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagalò, ma deve essere in grado di svuotarla e pulirla.
8= Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.
5= Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per trasferimenti e per lavare le mani.
2= Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.
0= Completamente dipendente.

TRASFERIMENTO LETTO <> CARROZZINA (compilare anche in caso di persona allettata)

- 15= Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimbattersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi.
12= Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.
8= Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
3= Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.
0= Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferirlo con o senza un sollevatore meccanico.

DEAMBULAZIONE

- 15= Capace di portare una protesi se necessario bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e porre gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle, bastoni, walker e deambulare per *almeno* 50 m, senza aiuto o supervisione.
- 12= Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia <50 m. Necessità di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
- 8= Necessità di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.
- 3= Necessità della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.
- 0= Non in grado di deambulare autonomamente.

SCALE

- 10= In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.
- 8= In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).
- 5= Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili o necessita di supervisione ed assistenza.
- 2= Necessità di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).
- 0= Incapace di salire o scendere le scale.

USO DELLA CARROZZINA (utilizzare solo se il soggetto ha punteggio zero nella deambulazione)

- 5= Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere ≥ 50 m.
- 4= Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreno e superficie regolare. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
- 3= Necessità presenza e assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al letto, tavolo, ecc.
- 1= Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.
- 0= Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

Legenda

punteggio complessivo

autosufficiente	100
quasi autosufficiente	99-91
dipendenza lieve	90-75
dipendenza moderata	74-50
dipendenza grave	49-25
dipendenza completa	<25

RD

SIX MINUTE WALK TEST (6 MWT)

[AHS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk test, *Am J Respir Crit Care Med*, Vol. 166, pp.111-117, 2002]

MODALITA' DI ESECUZIONE

Ambiente e attrezzature necessarie per l'esecuzione del test

Il test deve essere effettuato in ambiente chiuso, su un corridoio della lunghezza di 30 metri, poco frequentato. Sul pavimento devono essere segnati marcatori di distanza (ad esempio ogni 3 metri).

All'inizio ed alla fine del percorso, devono essere posizionati oggetti intorno ai quali il paziente inverte la direzione di marcia. Deve essere disponibile una sedia lungo il percorso.

Nel luogo dove si effettua il test, o nelle immediate vicinanze, deve essere disponibile la strumentazione necessaria per la rianimazione cardio-polmonare.

Prima dell'esecuzione del test

Il paziente:

- deve indossare abiti e scarpe comode;
- può assumere un pasto leggero nelle ore precedenti l'esecuzione del test;
- deve evitare uno sforzo fisico intenso nelle 2 ore precedenti l'esecuzione del test.

L'operatore:

- deve verificare la stabilità clinica del paziente e misurare pressione arteriosa e frequenza cardiaca;
- deve istruire il paziente a compiere la massima distanza possibile durante i 6 minuti della prova, autorizzandolo a rallentare la marcia o a fermarsi se lo ritiene necessario, per poi ripartire con l'obiettivo di camminare il più velocemente possibile (non correre);
- deve dare il via con l'ausilio di un timer all'esecuzione della prova, previo posizionamento del paziente ad una estremità del percorso.

Durante l'esecuzione del test

L'operatore deve:

- annotare il numero totale dei percorsi completi (andata e ritorno) effettuati dal paziente;
- annotare il numero delle eventuali soste effettuate dal paziente;
- fornire incoraggiamenti "standard" ad intervalli di tempo predefiniti (esempio al termine di ogni minuto);
- far fermare immediatamente il paziente allo scadere dei 6 minuti.

Dopo l'esecuzione del test

L'operatore deve:

- far sedere il paziente;
- far quantizzare al paziente lo sforzo eventualmente avvertito (e in quale gravità), utilizzando la scala di percezione della fatica di Borg, di seguito riportata nella versione ridotta di Pollock M.L., Wilmore J.H.;
- far quantizzare al paziente eventuali altri sintomi;
- rilevare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca;
- calcolare la distanza percorsa, espressa come valore assoluto calcolata sulla base al numero dei giri effettuati e al punto in cui il paziente si è fermato nell'ultimo giro.

SCALA DI BORG

[Pollock M.L., Wilmore J.H.: *Exercise in health disease: evaluation and prescription for prevention and rehabilitation*, 2nd edition, Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990]

Prima dell'esecuzione del 6 Minute Walk Test, l'operatore deve informare il paziente che alla fine dell'esecuzione dell'esercizio deve:

- segnalare la fatica eventualmente avvertita;
- quantizzare il livello di gravità di tale fatica mediante l'attribuzione di un codice riferito alle definizioni della Scala di percezione della fatica di Borg, così come ridotta da Pollock M.L. e Wilmore J.H. (di cui viene riportato anche il punteggio).

Legenda codice

- 1 = no sintomi (punteggio: 0)
- 2 = sforzo molto, molto lieve (punteggio: 0,5)
- 3 = sforzo molto lieve (punteggio: 1)
- 4 = sforzo lieve (punteggio: 2)
- 5 = sforzo moderato (punteggio: 3)
- 6 = sforzo un po' pesante (punteggio: 4)
- 7 = sforzo pesante (punteggio: 5-6)
- 8 = sforzo molto pesante (punteggio: 7,8,9)
- 9 = sforzo molto, molto pesante (punteggio: 10)

GLASGOW OUTCOME SCALE (GOS)

[Jennett B., Bond M., Assessment of outcome after severe brain damage, Lancet, 1975, Mar. 1;480-484].

L'ordine categoriale riferisce al lavoro di Jennett e Bond mentre le definizioni in lingua italiana sono riprese dallo Studio GISCAR (Gruppo Italiano Studio Gravi Cerebrilesioni Acquisite e Riabilitazione), 2002.

1. **Morte**
2. **Stato Vegetativo:** Vigile, ma non in grado di comunicare con l'ambiente.
3. **Disabilità Grave:** Cosciente ma disabile. Paziente che a causa delle sue menomazioni fisiche o mentali necessita di assistenza di una terza persona nelle attività della vita quotidiana.
4. **Disabilità Moderata:** Disabile ma indipendente. Paziente che pur potendo presentare diversi gradi di deficit motorio o cognitivo/comportamentale, è indipendente nella vita quotidiana.
5. **Buon Recupero:** Paziente che può presentare menomazioni motorie e/o cognitive residue, ma è in grado di riprendere una vita "normale". La ripresa del lavoro non è un criterio affidabile, perché troppo condizionata dal contesto. E' importante valutare le attività sociali.

LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING (LCF)

[Gouvier W.D., Blanton P.D., LaPorte K.K. et al., Reliability and Validity of the Disability Rating Scale and the Levels of Cognitive Functioning Scale in monitoring recovery from severe head injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 68: 94-97, 1987].

Le definizioni in lingua italiana sono riprese dallo Studio GISCAR (Gruppo Italiano Studio Gravi Cerebrilesioni Acquisite e Riabilitazione), 2002.

1) NESSUNA RISPOSTA

Il paziente è completamente non-reattivo a qualsiasi stimolo.

2) RISPOSTA GENERALIZZATA

- Il paziente reagisce, in modo **incostante e non finalizzato**, agli stimoli, in modo non specifico.
- Le risposte sono di entità limitata, e spesso sono **uguali**, indipendentemente dallo stimolo presentato.
- Le risposte possono essere modificazioni di parametri fisiologici (frequenza del respiro ad es.), movimenti grossolani o vocalizzazioni.
- Spesso la risposta è **ritardata** rispetto allo stimolo.
- La risposta più precoce a comparire è quella al **dolore**.

3) RISPOSTA LOCALIZZATA

- Il paziente reagisce agli stimoli in modo **specifico ma non costante**. Le risposte sono direttamente correlate al tipo di stimolo presentato, come il girare il capo verso un suono o fissare un oggetto presentato nel campo visivo.
- Il paziente può ritirare una estremità e vocalizzare quando gli viene somministrato uno stimolo doloroso.
- Può eseguire ordini **semplici** in modo non costante, e ritardato, come chiudere gli occhi, stringere la mano, o stendere un arto. Quando non gli vengono portati stimoli, può restare fermo e tranquillo.
- Può mostrare una vaga consapevolezza di sé e del proprio corpo, manifestando risposte a situazioni di disagio, (come il tirare il sondino naso-gastrico o il catetere vescicale).
- Può mostrare differenza nelle risposte, rispondendo ad alcune persone (specie familiari ed amici) ma non ad altre.

4) CONFUSO-AGITATO

- Il paziente è in stato di iperattività, con grave difficoltà ad analizzare le informazioni provenienti dall'ambiente.
- E' distaccato da quanto gli accade intorno e reagisce principalmente al suo stato di confusione interiore.
- Il comportamento in rapporto all'ambiente è spesso bizzarro e non finalizzato.
- Può piangere, o gridare in modo sproporzionato agli stimoli, anche quando questi vengono rimossi, può mostrarsi **aggressivo**, può cercare di togliersi i mezzi di contenimento, o le sonde e cateteri, o può cercare di scendere dal letto.
- Non riesce a distinguere le persone e le cose, e non è in grado di cooperare nel trattamento.
- La verbalizzazione è spesso incoerente e inappropriata alla situazione ambientale.
- Ci può essere **confabulazione**; essa può avere carattere di aggressività verbale o ostilità.
- La capacità di prestare attenzione all'ambiente è molto limitata, e la attenzione selettiva è spesso inesistente.
- Non essendo consapevole di quanto gli accade, il paziente non ha capacità di memoria a breve termine.
- Non è in grado di effettuare attività di cura della persona, se non con molto aiuto.
- Se non ha menomazioni fisiche importanti, può effettuare attività motorie automatiche anche complesse, come sedersi e camminare, ma non necessariamente in modo intenzionale o su richiesta.

5) CONFUSO-INAPPROPRIATO

- Il paziente è vigile, attento e in grado di rispondere a comandi semplici in modo abbastanza costante.
- Tuttavia, se i comandi sono complessi, o non ci sono situazioni esterne facilitanti, le risposte sono non intenzionali, casuali, o al più, frammentarie rispetto allo scopo.
- Può presentare comportamento di agitazione, ma non dovuto a fattori interni come nel livello IV, ma piuttosto per effetto di stimoli esterni e usualmente in modo sproporzionato allo stimolo.

- Ha una certa capacità di attenzione verso l'ambiente, è altamente distraibile ed è incapace di focalizzare l'attenzione verso uno specifico compito, se non è continuamente facilitato.
- In una situazione facilitante e strutturata, può essere in grado di conversare in modo "automatico" (frasi di convenienza), per brevi periodi.
- La verbalizzazione è spesso inappropriata, può confabulare in risposta a quanto gli accade.
- La memoria è gravemente compromessa, e fa confusione fra passato e presente.
- Manca l'iniziativa per effettuare attività finalizzate (ad es. cura di sé), e spesso è incapace di usare correttamente gli oggetti se non è aiutato da qualcuno.
- Può essere in grado di effettuare compiti appresi in precedenza se posto in situazione adeguata, ma non è in grado di apprendere nuove informazioni.
- Risponde meglio a stimoli che riguardano il proprio corpo, il proprio benessere e comfort fisico e, spesso, risponde meglio con familiari.
- Può effettuare attività di cura di sé con assistenza e può alimentarsi con supervisione.
- La gestione in reparto può essere difficoltosa, se il paziente è in grado di spostarsi, perché può vagare per il reparto, oppure mostrare l'intenzione di "andare a casa", senza comprenderne i rischi o le difficoltà.

6) CONFUSO-APPROPRIATO

- Il paziente mostra un **comportamento finalizzato**, ma necessita ancora di stimoli e indicazioni esterne per indirizzarlo correttamente.
- La risposta al disagio è appropriata, e può essere in grado di sopportare stimoli fastidiosi (ad es. un sondino naso-gastrico, se gli si spiega il perché).
- Esegue ordini semplici e segue le indicazioni, e mostra di poter effettuare certi compiti da solo, una volta che si è esercitato (ad esempio, attività di cura di sé). Necessita comunque di supervisione nelle attività che gli erano abituali; necessita di molta aiuto nelle attività nuove (che non aveva mai svolto prima), e non è poi capace di svolgerle da solo.
- Le risposte possono essere scorrette a causa di problemi di memoria, ma sono adeguate alla situazione.
- Possono essere ritardate o immediate, e mostra una diminuita capacità di analizzare la informazione, con incapacità di anticipare o prevedere gli eventi.
- La memoria per gli avvenimenti del passato è migliore che quelle per gli eventi recenti (accaduti dopo il trauma).
- Il paziente può mostrare una iniziale consapevolezza di situazione, e si può rendere conto che ha difficoltà a rispondere.
- Non tende più a vagare senza meta, ed ha un parziale orientamento nello spazio e nel tempo.
- La attenzione selettiva al compito può essere compromessa, specie in compiti difficili o in situazioni non "facilitanti", ma riesce a effettuare correttamente normali attività di cura di sé.
- Può mostrare di riconoscere i componenti del team, e ha una miglior consapevolezza di sé, dei suoi bisogni elementari ed è più adeguato nei rapporti con i familiari.

7) AUTOMATICO-APPROPRIATO

- Il paziente è adeguato e orientato nell'ambiente del reparto e a casa, svolge le sue attività di vita quotidiana automaticamente, e in modo simile a quello di un robot.
- Non presenta confusione, e ha una certa capacità di ricordare che cosa gli è successo.
- Si mostra via più consapevole della sua situazione, dei suoi problemi e necessità fisiche, dei suoi bisogni, della presenza dei familiari, delle altre persone presenti intorno a lui, così come dell'ambiente in generale.
- Ha una consapevolezza superficiale della sua situazione generale, ma gli manca ancora la capacità di analizzarla nella sue conseguenze, ha scarsa capacità critica e di giudizio e non è in grado di fare programmi realistici per il futuro.
- Mostra di poter applicare nuove abilità, ma ancora con difficoltà ed in modo parziale.
- Necessita almeno di una supervisione minima per difficoltà di apprendimento e per motivi di sicurezza.
- È autonomo nelle attività di cura di sé, e può necessitare di supervisione a casa o fuori, per ragioni di sicurezza.
- In un ambiente strutturato facilitante, può essere in grado di iniziare da solo certe attività pratiche, o attività ricreative, o sociali per cui può mostrare interesse.

8) FINALIZZATO-APPROPRIATO

- Il paziente è vigile e orientato; è in grado di ricordare ed integrare eventi passati e recenti, ed è consapevole della sua situazione.
- Si mostra in grado di applicare nuove conoscenze e abilità apprese, purché siano accettabili per lui e per il suo stile di vita, e non necessita di supervisione.
- Nei limiti delle sue eventuali difficoltà fisiche, si mostra indipendente nelle attività domestiche e sociali.
- Può continuare a mostrare una certa diminuzione di capacità, rispetto a prima del trauma, specie riguardo alla velocità e adeguatezza nell'analizzare le informazioni, nel ragionamento astratto, nella tolleranza allo stress e alla capacità di critica e giudizio in situazione di emergenza o in circostanze non abituali.
- Le sue capacità intellettive, la sua capacità di adattamento emozionale e le abilità sociali possono essere ancora ad un livello inferiore rispetto a prima, ma consentono comunque il reinserimento sociale.

DISABILITY RATING SCALE (DRS)

[Rappaport M., Hall K.M., Hopkins K., et al. Disability Rating Scale for severe head trauma: come to community, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 63: 118-23, 1982].

Le definizioni in lingua italiana sono riprese dallo Studio GISCAR (Gruppo Italiano Studio Gravi Cerebrolesioni Acquisite e Riabilitazione), 2002.

APERTURA DEGLI OCCHI

- 0= SPONTANEA: gli occhi si aprono con il ritmo sonno/veglia, essendo indice di attività dei meccanismi di vigilanza; non presuppone consapevolezza.
- 1= ALLA PAROLA E/O ALLA STIMOLAZIONE SENSORIALE: una risposta a qualsiasi approccio verbale, sia parlato che urlato, non necessariamente il comando di aprire gli occhi. Oppure ancora, risposta al tocco o lieve pressione.
- 2= AL DOLORE: risposta allo stimolo doloroso.
- 3= NESSUNA: non apertura degli occhi neppure allo stimolo doloroso.

ABILITÀ DI COMUNICAZIONE

(se il paziente non può usare la voce a causa di tracheostomia o perché afasico o disartrico o ha paralisi delle corde vocali o disfunzione della voce, considerare la migliore risposta)

- 0= ORIENTATO: implica consapevolezza di sé e dell'ambiente. Il paziente è capace di dire a) chi è b) dove è c) perché è lì d) anno e) stagione f) mese g) giorno h) ora del giorno.
- 1= CONFUSO: l'attenzione può essere mantenuta e il paziente risponde alle domande ma le risposte sono ritardate e/o indicanti vari gradi di disorientamento e confusione.
- 2= INAPPROPRIATO: articolazione della parola intelligibile ma il linguaggio è usato solo in modo esclamativo o casuale (es. grida o imprecazioni); non è possibile sostenere una comunicazione.
- 3= INCOMPRESIBILE: lamenti, gemiti e suoni senza parole comprensibili; non consistenti segni di comunicazione
- 4= NESSUNA: nessun suono né segno di comunicazione da parte del paziente.

MIGLIOR RISPOSTA MOTORIA

- 0= ESEGUE: obbedisce al comando di muovere la dita dal lato migliore. Se non c'è risposta o non è appropriata prova con un altro comando come ad es. "muova le labbra" o "chiuda gli occhi" ecc. Non include il grasp reflex o altre risposte riflesse.
- 1= LOCALIZZA: uno stimolo doloroso a più di una sede causa il movimento di una estremità (anche lieve) nel tentativo di rimuoverlo. E' un atto motorio deliberato per allontanarsi o rimuovere la sorgente dello stimolo doloroso. Se ci sono dubbi tra retrazione di difesa e localizzazione, se si ripete dopo 3-4 stimolazioni dolorose considerarla localizzazione.
- 2= SI RITRAE: qualsiasi movimento generalizzato di fuga da una stimolazione dolorifica, il che è più di una risposta riflessa.
- 3= FLESSIONE: lo stimolo dolorifico dà origine ad una flessione al gomito, rapida retrazione con abduzione della spalla o una lenta retrazione con adduzione della spalla. Se c'è confusione con il ritrarsi, usate la puntura di spillo sulle mani e poi sul viso.
- 4= ESTENSIONE: lo stimolo doloroso evoca una estensione degli arti.
- 5= NESSUNA: nessuna risposta può essere elicitata. Normalmente si associa ad ipotonia. Esclude la sezione spinale come spiegazione della mancata risposta; deve essere stato applicato uno stimolo adeguato.

ABILITÀ COGNITIVA PER NUTRIRSI, PER CONTINENZA E PER RASSETTARSI

Stima ciascuna delle tre funzioni separatamente. Per ciascuna funzione, rispondere alla domanda "il paziente mostra consapevolezza di come e quando realizzare ciascuna specifica attività?". Ignorate le disabilità motorie che interferiscono con l' eseguire una funzione. (Ciò viene stimato nel Livello Funzionale descritto in seguito). Stimare la miglior prestazione per la funzione gestione sfinteri basata sulla condotta dell'intestino o della vescica. Il rassettarsi si riferisce al fare il bagno, lavarsi, pulirsi i denti, farsi la barba, pettinarsi o spazzolarsi i capelli e vestirsi.

- 0= COMPLETA: mostra *continuativamente consapevolezza* di sapere *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassettarsi e può dare inequivocabili informazioni in merito al fatto che egli *sa quando* si deve compiere tale attività.
- 1= PARZIALE: *non sempre* mostra *consapevolezza* di sapere *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassettarsi e/o può dare ad intermittenza in modo ragionevolmente chiaro informazioni in merito al fatto che egli *sa quando* si deve compiere tale attività.
- 2= MINIMA: mostra *discutibile o infrequente consapevolezza* di sapere in modo elementare *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassettarsi e/o mostra raramente solo attraverso certi segnali, suoni o attività che è vagamente consapevole di *quando* si deve compiere tale attività.
- 3= NESSUNA: mostra *virtualmente nessuna consapevolezza* in nessun momento di sapere *come* nutrirsi, gestire la propria continenza o rassettarsi e/o non può dare informazioni neppure attraverso segnali, suoni o attività, in merito al fatto che egli *sa quando* si deve compiere tale attività.

LIVELLO FUNZIONALE:

- 0= **COMPLETA INDIPENDENZA:** capacità di vivere secondo le proprie preferenze, senza limitazioni dovute a problemi fisici, mentali, emozionali o sociali.
- 1= **INDIPENDENZA CON PARTICOLARI NECESSITÀ:** capacità di vivere in modo indipendente con ausili o adattamenti ambientali (es. supporti "meccanici").
- 2= **DIPENDENZA LIEVE:** capace di far fronte indipendentemente alla maggior parte dei bisogni personali, ma necessita di assistenza limitata a causa di problemi fisici, cognitivi o emozionali (ad es. necessità di aiuto umano non continuativo).
- 3= **DIPENDENZA MODERATA:** capacità parziale nella cura di sé, ma necessità di aiuto umano costante.
- 4= **DIPENDENZA MARCATA:** bisogno di aiuto in tutte le principali attività e di assistenza costante di un'altra persona.
- 5= **DIPENDENZA TOTALE:** non in grado di collaborare alla assistenza personale, e necessita di assistenza completa nell'arco delle 24 ore.

"IMPIEGABILITÀ":

La voce adattabilità psicosociale o "impiegabilità" tiene conto complessivamente della abilità cognitiva e fisica di essere un impiegato, un lavoratore a domicilio o studente. Questa determinazione deve tener conto di considerazioni quali le seguenti:

- capace di capire, ricordare e seguire delle istruzioni;
- può pianificare o portare a termine compiti almeno a livello di impiegato d'ufficio o in semplici routinarie, ripetitive situazioni industriali o può adempiere ai compiti scolastici;
- capacità di rimanere orientato, pertinente e appropriato nel lavoro o in altre situazioni psicosociali;
- capacità di andare e tornare dal lavoro o da centri commerciali usando effettivamente veicoli pubblici o privati;
- capacità di trattare con concetti numerici;
- capacità di fare acquisti e gestire semplici problemi di cambio di denaro;
- capacità di tenere appunti di orari ed appuntamenti.

- 0= **NON RISTRETTA:** può competere nel libero mercato per un relativamente ampio spettro di lavori commisurati con le capacità esistenti; o può iniziare, pianificare, eseguire ed assumere responsabilità associate all'attività casalinga; o può capire o portare a termine la maggior parte dei compiti scolastici assegnati.
- 1= **LAVORI SELEZIONATI, COMPETITIVI:** può competere in un mercato del lavoro limitato per un range relativamente ristretto di impieghi a causa di limitazioni del tipo descritto sopra e/o a causa di alcune limitazioni fisiche; o può iniziare, pianificare eseguire, e assumere molte ma non tutte le responsabilità associate all'attività casalinga; o può capire e portare a termine molti ma non tutti i compiti scolastici assegnati.
- 2= **LAVORO PROTETTO, NON COMPETITIVO:** non può competere con successo nel mercato del lavoro a causa di limitazioni del tipo descritto sopra e/o a causa di moderate o severe limitazioni funzionali; o non può senza una assistenza superiore iniziare, pianificare eseguire, e assumere le responsabilità associate all'attività casalinga; o non può capire o portare a termine, senza assistenza, relativamente semplici compiti scolastici assegnati.
- 3= **NON IMPIEGABILE:** completamente non impiegabile a causa di estreme limitazioni psicosociali del tipo sopra descritto; o completamente incapace di iniziare, pianificare eseguire, ed assumere qualsiasi responsabilità associata all'attività casalinga; non può capire o portare a termine qualsiasi compito scolastico assegnato.

Legenda	punteggio complessivo
Nessuna disabilità	0
Disabilità lieve	1
Disabilità parziale	2-3
Disabilità moderata	4-6
Disabilità moderatamente severa	7-11
Disabilità severa	12-16
Disabilità estremamente severa	17-21
Stato vegetativo	22-24
Stato vegetativo grave	25-29
Morte	30

SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)

[Catz A., Itzkovich M., Steinberg F., Philo O., Ring H., Ranen J., Spasser R., Gopstein R., Tamir A., *The Catz Itzkovich SCIM: a revised version of the Spinal Cord Independence Measure, Disabil. Rehabil.* 2001 Apr 15;23(6):263-8]

CURA DI SE'

1. Alimentazione (tagliare, aprire i contenitori, portare il cibo alla bocca, tenere una tazza con un liquido)

- 0. Necessita di alimentazione parenterale, o di gastrostomia o di alimentazione orale completamente assistita
- 1. Mangia cibo tagliato usando vari ausili per la mano e le stoviglie; incapace di tenere una tazza
- 2. Mangia cibo tagliato usando un solo ausilio per la mano; tiene un bicchiere adattato
- 3. Mangia cibo tagliato senza ausili; tiene un bicchiere regolare; necessita di assistenza per aprire i contenitori
- 4. Indipendente in tutti i compiti senza alcun ausilio

2. Lavarsi (insaponarsi, manipolare il rubinetto, scioccolarsi)

A-parte superiore del corpo

- 0. Richiede totale assistenza
- 1. Richiede assistenza parziale
- 2. Si lava indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
- 3. Si lava indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

B-parte inferiore del corpo

- 0. Richiede totale assistenza
- 1. Richiede assistenza parziale
- 2. Si lava indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
- 3. Si lava indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

3. Vestirsi (preparare i vestiti, vestirsi e svestirsi)

A-parte superiore del corpo

- 0. Richiede totale assistenza
- 1. Richiede assistenza parziale
- 2. Si veste indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
- 3. Si veste indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

B-parte inferiore del corpo

- 0. Richiede totale assistenza
- 1. Richiede assistenza parziale
- 2. Si veste indipendentemente con ausili o in un ambiente dedicato
- 3. Si veste indipendentemente; non richiede ausili né ambiente adattato

4. Cura di sé (lavarsi le mani e il viso, lavarsi i denti, pettinarsi, fare la barba, truccarsi)

- 0. Richiede totale assistenza
- 1. Compie un solo compito (per es. si lava le mani e il viso)
- 2. Compie alcuni compiti con ausili; ha bisogno di aiuto per mettere e togliere gli ausili
- 3. Indipendente con ausili
- 4. Indipendente senza ausili

RESPIRAZIONE E GESTIONE DEGLI SFINTERI

5. Respirazione

- 0. Richiede ventilazione assistita
- 2. Richiede tracheostomia e ventilazione parzialmente assistita
- 4. Respira indipendentemente ma richiede molta assistenza per la gestione della tracheostomia
- 6. Respira indipendentemente ma richiede poca assistenza per la gestione della tracheostomia
- 8. Respira senza tracheostomia, ma a volte richiede assistenza meccanica per respirare
- 10. Respira autonomamente senza ausili

6. Gestione degli Sfinteri - Vescica

- 0. Catetere a permanenza
- 4. Volume di urine residue >100ml; non cateterismo o cateterismo intermittente assistito
- 8. Volume di urine residue <100ml; ha bisogno di assistenza per applicare gli ausili per lo svuotamento
- 12. Autocaterismo intermittente
- 15. Volume di urine residue <100ml; non richiede cateterismo o assistenza nello svuotamento di urine

7. Gestione degli Sfinteri - Alvo

- 0. Tempismo inappropriato o irregolare o frequenza molto bassa (meno di una volta in tre giorni) dei movimenti intestinali
- 5. Tempismo appropriato e regolare ma richiede assistenza (per esempio per inserire supposte); rari episodi di incontinenza (meno di uno al mese)
- 10. Movimenti intestinali regolari, con tempismo appropriato, senza assistenza; rari episodi di incontinenza (meno di uno a mese)

8. Uso del bagno (igiene perineale, sistemarsi: gli abiti prima e dopo, uso di assorbenti o pannolini)

- 0. Richiede assistenza totale
- 1. Si sveste parzialmente la parte inferiore del corpo, necessita di assistenza in tutti gli altri compiti
- 2. Si sveste parzialmente la parte inferiore del corpo e si pulisce parzialmente (dopo), necessita assistenza per sistemare gli abiti e/o il pannolino
- 3. Si sveste e si pulisce (dopo); necessita assistenza per sistemare gli abiti e/o il pannolino
- 4. Indipendente in tutti i compiti, ma necessita di ausili o ambiente adattato
- 5. Indipendente senza ausili o ambiente adattato



MOBILITÀ

9. Mobilità nel letto e prevenzione delle piaghe da decubito

0. Richiede assistenza totale
1. Si gira nel letto da un solo lato
2. Si gira nel letto da entrambi i lati ma senza rilasciare completamente la pressione
3. Rilascia la pressione solo su distesa
4. Si gira nel letto e si siede senza assistenza
5. Indipendente nella mobilità a letto; compie sollevamenti da seduto senza alzare completamente il corpo
6. Indipendente nella mobilità a letto; compie sollevamenti da seduto alzando completamente il corpo

10. Trasferimenti: letto-carrozzina (bloccare la carrozzina, alzare le pedane, togliere e mettere i braccioli, trasferirsi, sistemare i piedi)

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale e/o supervisione
2. Indipendente

11. Trasferimenti: carrozzina-WC-vasca (se usa carrozzina WC trasferimento da e a; se usa una carrozzina normale bloccare la carrozzina, alzare le pedane, togliere e mettere i braccioli, trasferirsi, sistemare i piedi)

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di assistenza parziale o di ambiente adattato
2. Indipendente

12. Mobilità Interna

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettronica o di assistenza parziale per utilizzare la carrozzina manuale
2. Si muove indipendentemente con carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

13. Mobilità per distanze moderate (10 - 100 metri)

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettronica o di assistenza parziale per utilizzare la carrozzina manuale
2. Si muove indipendentemente con carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

14. Mobilità Esterna (più di 100 metri)

0. Richiede assistenza totale
1. Necessita di carrozzina elettronica o di assistenza parziale per utilizzare la carrozzina manuale
2. Si muove indipendentemente con carrozzina manuale
3. Richiede supervisione per camminare (con o senza ausili)
4. Cammina con deambulatore o grucce (deambulazione oscillante)
5. Cammina con due grucce o due canadesi (deambulazione reciprocante)
6. Cammina con una canadese
7. Necessita solo di ortesi per le gambe
8. Cammina senza aiuti

15. Uso delle scale

0. Incapace di salire e scendere le scale
1. Sale e scende almeno 3 gradini con supporto o supervisione di un'altra persona
2. Sale e scende almeno 3 gradini con supporto da: corrimano e/o gruccia o canadese
3. Sale e scende almeno 3 gradini senza supporto o supervisione

16. Trasferimenti: carrozzina-automobile (avvicinarsi all'auto, bloccare la carrozzina, alzare le pedane, togliere e mettere i braccioli, trasferirsi da e sull'auto, caricare e scaricare la carrozzina)

0. Richiede assistenza totale
1. Richiede assistenza parziale e/o supervisione
2. Indipendente con ausili
3. Indipendente senza ausili

PUNTEGGIO COMPLESSIVO = 0-100

(Sottotali: Cura di sé = 0-20; Respirazione e gestione sfinteri = 0-40; Mobilità = 0-40)



Agenzia di
Sanità Pubblica



Regione Lazio

Rapporto Accettazione/Dimissione

Area Riabilitativa



Reparti: recupero e rieducazione funzionale (56),
neuroriabilitazione (75), unità spinale (28)

Scheda di raccolta dati

36. Compromissione cognitiva

- 1= No
 2= deterioramento lieve o lieve emiattenzione spaziale
 3= deterioramento modesto o modesta emiattenzione spaziale
 4= deterioramento grave o grave emiattenzione spaziale
 5= disturbi di memoria 6= disorientamento spazio-temporale
 7= scarsa responsività 8= assenza di responsività
 9= non valutabile

37. Compromissione del comportamento

- 1= No
 2= scarsa collaborazione 3= comportamento disinibito
 4= inerzia, scarsa iniziativa 5= depressione dell'umore
 6= turbe distoriche 7= sintomi psicotici
 8= agitazione psicomotoria, necessita di supervisione continua
 9= non valutabile

38. Compromissione della comunicazione/linguaggio

- 1= No
 2= disartria/disforia
 3= dislessia
 4= afasia fluente
 5= afasia non fluente
 6= mutismo
 9= non valutabile

39. Compromissione sensoriale

- 1= No
 2= anosmia (perdita dell'olfatto)
 3= ageusia (perdita del gusto)
 4= ipoacusia in un orecchio
 5= ipoacusia in entrambi
 6= diplopia (visione doppia)
 7= restringimento del campo visivo
 8= ipoacuità visiva in un occhio
 9= ipoacuità visiva nei due occhi
 99= non valutabile

40. Compromissione della manipolazione

- 1= No
 2= difficoltà di prensione arto superiore dx
 3= difficoltà di prensione arto superiore sx
 4= difficoltà di prensione entrambi arti superiori
 5= impossibilità di prensione arto superiore dx
 6= impossibilità di prensione arto superiore sx
 7= Impossibilità di prensione entrambi arti superiori
 9= non valutabile

41. Compromissione dell'equilibrio

- 1= No
 2= atassia, necessita di supervisione
 3= atassia, necessita di un unico sostegno
 4= atassia, necessita di doppio sostegno
 5= non mantiene la stazione eretta/ grave deficit coordinazione arti
 9= non valutabile

42. Compromissione della locomozione

- 1= No
 2= necessita di un unico sostegno
 3= necessita di doppio sostegno
 4= necessita di tutori
 5= necessita di doppio sostegno e tutori
 6= necessita di doppio sostegno, tutori e avanzamento passivo di un arto dal terapeuta
 7= necessita di deambulatore
 8= autonomo in carrozzina
 9= non autonomo in carrozzina
 10= deambulazione impossibile
 99= non valutabile

43. Compromissione cardiovascolare prevalente

- 1= No
 2= ipertensione arteriosa grave
 3= tromboosi venosa profonda
 4= disturbi ritmo cardiaco
 5= aritmia grave
 6= infarto miocardico recente (< 8 settimane)
 7= scompenso cardiaco classe NYHA 2-3
 8= stato post carcinoma chirurgico
 9= non valutabile

44. Compromissione apparato respiratorio

- 1= No
 2= dispnea da sforzo
 3= dispnea a riposo, senza ossigenoterapia
 4= ossigenoterapia occasionale
 5= ossigenoterapia solo notturna
 6= ossigenoterapia fino 1 lt/min.
 7= ossigenoterapia fino 2 lt/min.
 8= ossigenoterapia > 2 lt/min.
 9= non valutabile

45. Ulcera

- 1= No
 2= ulcera da decubito stadio 1 (interna cutanea)
 3= ulcera da decubito stadio 2 (interessata epidermica e/o perni)
 4= ulcera da decubito stadio 3 (interessata tessuto sottocutaneo con necrosi)
 5= ulcera da decubito stadio 4 (interessata piano muscolare con osso con necrosi)
 6= ulcera da decubito multiple
 7= ulcera vascolare

46. Compromissione del controllo sfinterico

- 1= No
 2= stipsi importante
 3= incontinenza fecale

47. Compromissione apparato urinario

- 1= No
 2= incontinenza occasionale o notturna
 3= incontinenza permanente, senza catetere
 4= incontinenza con catetere intermittente
 5= incontinenza con catetere a permanenza

48. Compromissione area nutrizione

- 1= No
 2= grande obesità (IMC > 35 kg/m²)
 3= malnutrizione (IMC < 18,5 kg/m²)
 4= disfagia, necessita di training deglutorio
 5= sondino naso gastrico
 6= PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)
 7= nutrizione parenterale

49. Tracheostomia

- 1= No
 2= pz. con cannula scuffiata
 3= pz. con cannula cuffiata

50. Paziente Post-Comatoso

- 1= No
 2= Si

51. Paziente Mieloleso

- 1= No
 2= Si

AB

52. Indice di Barthel Totale (da 0 a 100)
(ogni paziente di età > 18 anni, tranne post-comatoso e mieloso)

Alimentazione	<input type="text"/>	(0-2-5-8-10)	Bagno/Doccia	<input type="text"/>	(0-1-3-4-5)	Igiene personale	<input type="text"/>	(0-1-3-4-5)
Abbigliamento	<input type="text"/>	(0-2-5-8-10)	Continenza intestinale	<input type="text"/>	(0-2-5-8-10)			
Continenza urinaria	<input type="text"/>	(0-2-5-8-10)	Uso del gabinetto	<input type="text"/>	(0-2-5-8-10)			
Trasferimento letto-carrozzina	<input type="text"/>	(0-3-8-12-15)						
Deambulazione	<input type="text"/>	(0-3-8-12-15)	Scale	<input type="text"/>	(0-2-5-8-10)			

Uso della carrozzina* (0-1-3-4-5)
*Completare solo se punteggio Deambulazione = 0

53. Six minute walk test (6 MWT)
(solo se paziente in riabilitazione cardiologica e/o respiratoria)

(metri)

(scala di Borg)
1= no sintomi
2= sforzo molto, molto lieve
3= sforzo molto lieve
4= sforzo lieve
5= sforzo moderato
6= sforzo un po' pesante
7= sforzo pesante
8= sforzo molto pesante
9= sforzo molto, molto pesante

54. Glasgow Outcome Scale (GOS)
(solo se paziente post-comatoso)

1- morte
2- stato vegetativo
3- disabilità grave
4- disabilità moderata
5- buon recupero

55. Levels of Cognitive Functioning (LCF) (da 1 a 8)
(solo se paziente post-comatoso)

56. Disability Rating Scale (DRS) Totale (da 0 a 30)
(solo se paziente post-comatoso)

57. Spinal Cord Independence Measure (SCIM) Totale (da 0 a 100)
(solo se paziente mieloso)

80. Indice di Barthel Totale (da 0 a 100)(ogni paziente di età \geq 18 anni, tranne post-comatoso e mieloso)Alimentazione (0-2-5-8-10) Bagno/Doccia (0-1-3-4-5) Igiene personale (0-1-3-4-5)Abbigliamento (0-2-5-8-10) Continenza intestinale (0-2-5-8-10)Continenza urinaria (0-2-5-8-10) Uso del gabinetto (0-2-5-8-10)Trasferimento letto-carrozzina (0-3-8-12-15)Deambulazione (0-3-8-12-15) Scale (0-2-5-8-10)Uso della carrozzina* (0-1-3-4-5)

*Compiere solo se punteggio Deambulazione = 0

81. Six minute walk test (6 MWT)

(solo se paziente in riabilitazione cardiologica e/o respiratoria)

(metri)

(Scala di Borg)

- 1= no sintomi
- 2= sforzo molto, molto lieve
- 3= sforzo molto lieve
- 4= sforzo lieve
- 5= sforzo moderato
- 6= sforzo un po' pesante
- 7= sforzo pesante
- 8= sforzo molto pesante
- 9= sforzo molto, molto pesante.

82. Glasgow Outcome Scale (GOS)

(solo se paziente post-comatoso)

- 1= morte
- 2= stato vegetativo
- 3= disabilità grave
- 4= disabilità moderata
- 5= buon recupero

83. Levels of Cognitive Functioning (LCF)

(solo se paziente post-comatoso)

(da 1 a 8)

84. Disability Rating Scale (DRS)

(solo se paziente post-comatoso)

Totale (da 0 a 30)**85. Spinal Cord Independence Measure (SCIM)**

(solo se paziente mieloso)

Totale (da 0 a 100)

Istruzioni per la compilazione della scheda di raccolta dati RAD-R

La scheda è composta da due Sezioni.

La Sezione 1 deve essere compilata entro il 10° giorno dal ricovero nel reparto di riabilitazione, se trattasi di ricovero ordinario (RO), al primo accesso, se trattasi di ricovero diurno (DH).

La Sezione 2 deve essere compilata alla dimissione.

Di seguito sono riportate le variabili della scheda che richiedono una specifica con la descrizione dei possibili codici di risposta. Tutte le variabili sono riportate nello stesso ordine numerico progressivo presente nella scheda cartacea e nella maschera informatica di inserimento dati.

1. Codice dell'Istituto di ricovero - è rappresentato dalle ultime 3 cifre del codice ministeriale a 6 cifre.
2. Polo - numero progressivo (01, 02,...) da compilare in caso di strutture ospedaliere con più sedi, negli altri casi il campo non va compilato.
3. Specialità di ricovero - si intende la tipologia di reparto indicata con i codici ministeriali della disciplina/specialità: 28, 56, 75.
4. Reparto di Ricovero - numero progressivo (01, 02, 03,...) che individua il reparto specialistico di ricovero (esempio: specialità di ricovero: 56; reparto di ricovero: 01, o 02 o 03).
8. Luogo di nascita - indicare il comune italiano o lo stato estero di nascita, per esteso o con il rispettivo codice ISTAT
11. Luogo di residenza - indicare il comune italiano o lo stato estero di residenza, per esteso o con il rispettivo codice ISTAT.
12. Municipio di residenza - compilare solo nel caso in cui il luogo di residenza sia Roma (Luogo di residenza = 058091) con codici da RM1 a RM20 (escluso RM14: Fiumicino).
Nel caso in cui non si conosca il Municipio, indicare per esteso l'indirizzo completo di residenza
13. Cittadinanza - indicare la cittadinanza italiana o estera (specificandola), per escluso
15. Titolo di studio - il campo va compilato solo in caso di soggetto di età ≥ 18 anni.
16. Professione - il campo va compilato solo in caso di soggetto di età ≥ 18 anni.
Indicare con 3 cifre:
la prima cifra indica la condizione professionale:
1=occupato, 2=disoccupato, 3=in cerca di prima occupazione, 4=studente, 5=casalinga, 6=ritirato dal lavoro / inabile, 9=non noto/a;
la seconda cifra indica la posizione nella professione (da indicare solo se la prima cifra è 1, altrimenti lasciare blank):
1=imprenditore, libero professionista, 2=altro lavoratore autonomo, 3=lavoratore dipendente (dirigente o direttivo)
4=lavoratore dipendente (impiegato), 5=lavoratore dipendente (operaio), 6=lavoratore dipendente (altro: apprendista, lav. a domicilio, etc.), 9=non noto/a;
la terza cifra indica il ramo di attività economica (da indicare solo se la prima cifra è 1, altrimenti lasciare blank):
1=agricoltura, caccia e pesca, 2=industria, 3=commercio, pubblici servizi e alberghiero, 4=pubblica amministrazione, 5=altri servizi privati, 9=non noto/a.
17. Progressivo ricovero - codice identificativo del ricovero assegnato dall'istituto di ricovero; deve essere univoco nell'anno.
Può contenere cifre e caratteri alfabetic; se solo numerico deve essere riempito con "0" a sinistra.
22. Istituto di ricovero di provenienza - indicare l'Istituto di provenienza se Provenienza (var. 21) = 1 o 2, per esteso o con il codice identificativo regionale.
23. Specialità di provenienza - indicare la specialità del reparto di provenienza se Provenienza (var. 21) = 1 o 2, per esteso o con il codice identificativo ministeriale.
24. Modalità di accesso in riabilitazione - Il ricovero in riabilitazione può essere il primo, oppure successivo al primo. Indicare:
1=Primo ricovero associato ad un "evento acuto con ricovero" se trattasi di primo ricovero in riabilitazione dovuto ad un evento acuto con ricovero in reparto di acuzie; 2=Primo ricovero associato ad un "evento acuto senza ricovero" se trattasi di primo ricovero in riabilitazione dovuto ad un evento acuto che non ha però determinato il ricovero in reparto di acuzie; 3=Successivo ricovero associato ad un "evento acuto con ricovero" se trattasi di ritorno in reparto di riabilitazione di un soggetto trasferito in acuzie a seguito di un episodio acuto diverso da quello indice; 4=Ricovero di "Follow-up" se trattasi di ricovero necessario alla migliore definizione diagnostica e/o riabilitativa non eseguibile in altra modalità (patologie croniche); 5=Ricovero non associato ad un "evento acuto con ricovero" se trattasi di ricovero in riabilitazione non associato ad un evento indice.
25. Tempo tra evento acuto e ricovero - tempo intercorrente tra il ricovero in riabilitazione (ordinario o diurno) e l'evento acuto che lo motiva. Il campo va compilato solo se Modalità di accesso (var. 24) = 1 o 2 o 3.
26. Patologia oggetto dell'intervento riabilitativo - utilizzare il codice ICD-9 CM (ad esempio: emiplegia flaccida ed emiparesi dell'emisfero non dominante, codice 342.02).
27. Patologia di base - utilizzare il codice ICD-9 CM (ad esempio: emorragia cerebrale, codice 431).
La patologia di base può coincidere con la patologia oggetto dell'intervento riabilitativo in caso di patologie degenerative (sclerosi multipla, ...)
- 28-35. Patologia associata - utilizzare il codice ICD-9 CM (ad esempio: diabete tipo II, codice 250.62).

- 36-48. Aree compromesse - si intende la compromissione dell'apparato/organo. Per ogni area riportare la compromissione prevalente e che maggiormente interferisce con il processo riabilitativo.
50. Paziente post-comatoso - paziente in cui l'esito della condizione di coma determina la necessità di intervento riabilitativo intensivo.
51. Paziente mielotico - paziente con lesione midollare, traumatica e non.

Per la valutazione dello stato funzionale del soggetto ricoverato in reparto di riabilitazione (RO e DH) è previsto l'utilizzo di specifici strumenti standardizzati, sia all'ingresso (52-57) che alla dimissione (80-85).

52. Indice di Barthel - deve essere utilizzato per la valutazione di ogni soggetto di età ≥ 18 anni, eccetto i soggetti in condizione di post-coma e/o mielotico. Il punteggio complessivo va da 0 a 100. Nella scheda vanno riportati i punteggi delle singole aree, dettagliatamente descritti nell'allegato A.
53. Six Minute Walk Test (6MWT) - deve essere utilizzato per la valutazione di soggetti sottoposti a riabilitazione cardiologia e/o respiratoria. Per tali pazienti è previsto il test del "cammino" unitamente all'esame della dispnea eventualmente presente, utilizzando la scala di percezione della fatica di Borg. Le modalità di esecuzione del test del cammino, per il quale vanno riportati i metri percorsi dal paziente nel tempo di esecuzione del test, e i codici per la definizione delle voci della Scala di Borg sono dettagliatamente descritti nell'allegato A.
54. Glasgow Outcome Scale (GOS) - deve essere utilizzata per la valutazione di soggetto in condizione di post-coma. La definizione delle voci per l'attribuzione del punteggio (da 1 a 5) è riportata in allegato B.
55. Levels of Cognitive Functioning (LCF) - deve essere utilizzata per la valutazione di soggetto in condizione di post-coma. La definizione delle voci per l'attribuzione del punteggio (da 1 a 8) è riportata in allegato B.
56. Disability Rating Scale (DRS) - deve essere utilizzata per la valutazione di soggetto in condizione di post-coma. La definizione delle voci per l'attribuzione del punteggio (da 0 a 30) è riportata in allegato B.
57. Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - deve essere utilizzata per la valutazione di soggetto mielotico. La definizione delle voci per l'attribuzione del punteggio (da 0 a 100) è riportata in allegato C.

Dalla variabile 58 alla variabile 85 sono riportate le informazioni da rilevare alla dimissione.

59. Tipo di dimissione - utilizzare il codice 1 (domicilio) anche quando il paziente è ospite di residenze non sanitarie (casa di riposo, casa famiglia, casa alloggio,...); utilizzare il codice 7 quando la dimissione viene effettuata direttamente in struttura residenziale sanitaria del territorio (RSA, Hospice, ...).
60. Indicare l'Istituto di trasferimento solo se Tipo dimissione (var. 59) =2, per esteso o con il codice identificativo regionale.
61. Specialità di trasferimento - indicare la specialità di trasferimento solo se Tipo di dimissione (var. 59) =2, per esteso o con il codice identificativo ministeriale.
- 63-64. Indicare la tipologia di protesi/ortesi/ausili eventualmente prescritte. È possibile riportarne fino a due.
 Tipo protesi/ortesi/ausili:
 1) apparecchi per la funzione respiratoria (respiratori, ventilatori, inalatori, aspiratori)
 2) ortesi per il tronco (busti, corsetti, collari, regg-spalle, minerva)
 3) carrozzine ed altri ausili per la deambulazione (carrozzina, stampella, tripode, deambulatore, montascala)
 4) sistemi posturali
 5) ausili addominali (cinti, cinghie e ventriere)
 6) apparecchi ed ortesi per l'arto (protesi, docce, tutori, calzature, plantari, rialzi, tutori e divaricatori).
 7) ausili per la comunicazione, informazione e segnalazione
 8) ausili e protesi ottiche ed acustiche (videa ingranditore, sintetizzatore vocale, comunicatore alfabetico)
 9) ausili per la cura e protezione personale (sedia per WC e doccia, cannule per tracheostomia, cuscini antidecubito, protesi mammarie, materasso antidecubito, cateteri vescicali, pannolini, letti)
66. Condizione abitativa - va indicata nel caso in cui il paziente venga dimesso a domicilio (Tipo dimissione, var. 59-1); utilizzare il codice 4 se il paziente è ospite di residenze non sanitarie (casa di riposo, casa famiglia, casa alloggio,...).
67. Patologia intercorsa - utilizzare il codice ICD9-CM per indicare la patologia eventualmente intercorsa durante l'episodio di ricovero. È possibile riportarne fino a tre.
68. Diagnosi di dimissione - utilizzare il codice ICD9-CM. La diagnosi di dimissione generalmente coincide con la patologia oggetto dell'intervento riabilitativo (var. 26) ma essa potrebbe differire in presenza di intervenute importanti modificazioni cliniche nel corso dell'episodio di ricovero.
69. Accessi in Day-Hospital - in caso di ricovero diurno, riportare il numero degli accessi effettuati. Indicare cioè il totale dei giorni di day hospital del ciclo o dell'anno. Per ogni ricovero in DH il numero di accessi deve essere maggiore di 0 e inferiore al numero di giorni compresi tra la data di inizio e la data di fine del ciclo di DH.
- 70-79. Intervento/procedura - utilizzare il codice ICD9-CM. È possibile riportarne fino a dieci.
 Nell'operare la scelta considerare prioritari gli interventi e/o procedure riferiti alle aree compromesse (var. 36-48).
- 80-85. Ripropongono gli strumenti standardizzati di valutazione utilizzati al momento del ricovero (vedi variabili 52-57).

**SISTEMA DI FINANZIAMENTO E DI REMUNERAZIONE DELL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA
 AMBULATORIALE**

Premessa

L'attività Specialistica Ambulatoriale ha visto, negli ultimi tre anni, un sensibile e continuo aumento della spesa, con una particolare crescita nelle specialità di Laboratorio Analisi, Risonanza Magnetica e, anche se con una fase di stasi nel 2002, della branca di Medicina Fisica e Riabilitazione.

L'innalzamento della spesa registrato negli ultimi anni, in realtà, è imputabile in modo significativo alla crescita di alcune specifiche prestazioni tra cui, per la branca di Laboratorio Analisi, "FT3" (90.43.3), "FT4" (90.42.3), "TSH" (90.42.1); per la specialità di Risonanza Magnetica, "Risonanza Magnetica Muscoloscheletrica" (88.94.1) e "Risonanza Magnetica della Colonna" (88.93); per la Medicina Fisica e Riabilitazione, "Mobilizzazione della Colonna Vertebrale" (93.15) e "Rieducazione in Motuleso" (93.11.3 - 93.11.4).

La spesa ascrivibile a queste prestazioni è passata, infatti, da 79 milioni di euro nel 2001 a circa 107 milioni di euro nel 2003 (con un incremento percentuale del 37%) a più di 124 milioni di euro nell'anno 2004 (con un incremento percentuale dal 2001 del 59%).

Di seguito sono riportati i dati di spesa in dettaglio:

Prestazioni	Valore Netto (Euro) – Erogato nella regione Lazio			
	'2001'	'2002'	'2003'	'2004'
Lab. Analisi				
90.43.3	24.725.343,40	28.768.592,00	31.731.911,94	35.698.818,93
90.42.3				
90.42.1				
FKI				
93.15	35.942.857,67	41.550.094,00	44.760.303,31	52.209.051,74
93.11.3				
93.11.4				
RMN				
88.94.1	18.834.606,62	26.139.494,00	30.933.452,29	36.783.980,26
88.93				
Totale	79.502.807,69	96.458.180,00	107.425.667,54	124.691.850,93

In attesa, pertanto, siano definiti percorsi diagnostici e terapeutici che permettano di conoscere e intervenire sulla quota di inappropriata assistenza, si ritiene necessario contenere la crescita delle prestazioni suindicate, destinando ad esse nell'anno 2005 le medesime risorse che hanno complessivamente assorbito nell'anno 2003.

Per quanto attiene le altre prestazioni, considerato che nei vari comparti di soggetti erogatori (Pubblico, Privato, Classificato ed Aziendalizzato) l'incremento rilevato nell'anno 2004 rispetto al 2003 appare notevolmente diversificato, si ritiene opportuno riconoscere, come base di calcolo per il 2005, l'incremento medio rilevato che risulta pari al 9%. Inoltre, vengono accantonate risorse da

destinare alle strutture aziendalizzate la cui produzione dell'anno 2004 non è ancora a regime e ai soggetti erogatori di recente accreditati con i quali la Regione dovrà stipulare appositi contratti il cui valore complessivo non potrà comunque superare il fondo appositamente costituito.

Il valore così ottenuto viene ulteriormente aumentato del 2%, limite massimo di incremento di spesa imposto dalla legge finanziaria. Si riconosce un ulteriore incremento del 2,5 % in considerazione dell'atteso trasferimento al livello assistenziale ambulatoriale di una quota di prestazioni erogate impropriamente in regime di ricovero diurno.

Come si è detto, sono escluse da questo meccanismo le specifiche prestazioni, indicate in premessa e riportate nella tabella sottostante, alle quali non viene applicato nessun aumento rispetto al valore economico registrato nell'anno 2003, per il loro rilevante trend di crescita.

Raggruppamento	codice branca	Branca
LAB1	90.43.3 - 90.42.3 - 90.42.1	Laboratorio Analisi
FKT1	93.15 - 93.11.3 - 93.11.4	Medicina Fisica e Riabilitazione
RMN1	88.94.1 - 88.93	Risonanza Magnetica Nucleare

Per dette prestazioni, nei casi in cui il valore della produzione 2003 dei singoli soggetti erogatori sia superiore al 2004 viene confermato quest'ultimo dato.

Per le strutture che hanno iniziato la loro attività nel corso del 2003, il budget 2005 viene definito rapportando all'anno il valore della produzione 2003.

Per le strutture che non hanno registrato attività ambulatoriale nel corso dell'anno 2003, viene preso in considerazione il valore dell'attività erogata nell'anno 2004, rapportata ad anno, aumentata del 2% + 2,5 %. Per le prestazioni individuate come LAB1, FKT1 e RMN1 il valore della produzione 2004 viene ridotto della percentuale di incremento medio 2004 / 2003, che per i oggetti erogatori già operanti non viene considerato.

In questo modo, sulla base dell'andamento storico del consumo di prestazioni della popolazione della regione e della spesa collegata all'attività specialistica ambulatoriale negli ultimi anni e in particolare nell'anno 2004 sul 2003, viene definito un modello di remunerazione che attraverso la quantificazione del fondo complessivo e del budget per soggetto erogatore tiene in debito conto e tende a riequilibrare sia il peso di alcune prestazioni sia il trend in aumento della spesa specialistica ambulatoriale regionale nei vari comparti, considerando anche i soggetti erogatori pubblici e privati operanti da tempi recenti.

Sistema di finanziamento

Il fondo destinato al livello della specialistica ambulatoriale per l'anno 2005 è di € 936.626.000,00 sul quale gravano:

- le prestazioni dialitiche ambulatoriali stimate in € 95.000.000,00;
- le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero stimate in € 230.000.000,00
- la mobilità passiva interregionale stimata in € 18.000.000,00

Il fondo residuo da destinare alle altre prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del S.S.R. deve essere decurtato delle Entrate proprie regionali afferenti la compartecipazione dei cittadini

(ticket) riscossa dalle ASL e dalle Aziende ospedaliere (stimate in € 23.626.000,00) ed è quindi pari a € 570.000.000,00

La compartecipazione dei cittadini (ticket) riscossa direttamente dai soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, diversi dalle ASL e dalle Aziende ospedaliere, non viene sottratta dal fondo in quanto non contabilizzata nelle Entrate proprie regionali.

Sistema di remunerazione

Il budget complessivo di € 570.000.000,00 è destinato:

1. per € 546.000.000,00 alla remunerazione delle prestazioni erogate ai residenti nel Lazio a tariffa nominale, al netto del ticket, nell'ambito del budget assegnato ad ogni soggetto erogatore;
2. per € 11.000.000,00 alla remunerazione - al 50% della tariffa - delle prestazioni eccedenti il singolo budget per un massimo del 5% del budget medesimo;
3. per € 13.000.000,00 alle strutture aziendalizzate non ancora a pieno regime nella produzione e ai soggetti erogatori privati di recente accreditati per i quali la Direzione regionale competente definirà il budget sulla base dei dati di produzione dei primi nove mesi, con i criteri descritti nel presente documento, il cui valore complessivo non potrà comunque superare l'apposito fondo come sopra costituito.

Il fondo di € 546.000.000,00 rappresenta:

1. valore economico delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale complessivamente erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2004 afferenti le quattro macro aree di branca (Medica, Diagnostica, Chirurgica e Riabilitativa) + 2%, + un ulteriore 2,5 %, pari complessivamente a € 441.300.000,00;
2. valore economico delle prestazioni specialistiche denominate Lab1, FKT1 e RMN1 erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2003, pari a € 104.700.000,00;

L'ulteriore incremento del 2,5 % si applica in considerazione dell'atteso trasferimento al livello assistenziale ambulatoriale di una quota di prestazioni erogate impropriamente in regime di ricovero diurno.

In linea con il criterio di individuazione del fondo complessivo destinato all'assistenza specialistica ambulatoriale, il budget per singolo soggetto erogatore pubblico ed equiparato al pubblico e privato accreditato è costruito come segue:

- il valore economico delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2003 afferenti le quattro macro aree di branca (Medica, Diagnostica, Chirurgica e Riabilitativa), con esclusione del valore delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1, + 9% + 2% + 2,5%. Per le strutture erogatrici che hanno iniziato l'attività nel corso del 2003 il valore della loro produzione verrà rapportato all'anno;
- in aggiunta alla quota di budget come sopra determinata, il valore economico delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1, prodotte nell'anno 2003.

In caso di soggetti erogatori che abbiano iniziato a svolgere l'attività nell'anno 2004, il budget 2005 è costruito come segue:

- valore economico delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate a carico del S.S.R. ai residenti Lazio nell'anno 2004 afferenti le quattro macro aree di branca (Medica, Diagnostica, Chirurgica e Riabilitativa), rapportato ad anno, con esclusione del valore delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1 + 2% + 2,5%;
- valore economico delle prestazioni specialistiche Lab1, FKT1 e RMN1 prodotte nell'anno 2004, al netto dell'incremento medio rilevato nello stesso anno rispetto al 2003 (Lab1 11% - FKT1 14% - RMN1 16%).

I due valori così determinati costituiscono – in questa fase di avvio di un sistema che si propone l'obiettivo della corretta collocazione delle risorse in rapporto all'effettivo bisogno di salute, attraverso la definizione di protocolli diagnostici e terapeutici – una indicazione tendenziale. L'importo risultante dalla somma dei due valori rappresenta, per ciascuna struttura, il Tetto di Spesa per l'anno 2005.

La remunerazione per l'anno 2005 per singolo soggetto erogatore viene così calcolata:

- per l'attività erogata entro il valore economico corrispondente al tetto di spesa stabilito, la remunerazione spettante corrisponde al valore rilevato dal SIAS;
- in caso di superamento del tetto di spesa, si remunerano, al 50% del rispettivo valore economico, esclusivamente le eccedenze fino al 5% del tetto;

Il budget per singolo soggetto erogatore ha valenza per l'intero anno 2005; al momento dell'entrata in vigore del presente provvedimento i soggetti erogatori dovranno rideterminarlo per il periodo rimanente sino al 31 dicembre, sottraendo dal budget complessivo il valore delle prestazioni già erogate.

Le procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture emesse dai soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza emodialitica, attivi sul territorio della regione restano accentrate presso l'Azienda ospedaliera S.Giovanni – Addolorata. Le fatture mensili saranno emesse in acconto nella misura pari al 90% della produzione.

Per i soggetti erogatori che hanno iniziato la loro attività nel corso degli anni 2003 e 2004, eventuali rettifiche che si rendessero necessarie saranno effettuate dalla Direzione regionale competente.



ALLEGATO 9.xls

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	ALTRE PRESTAZ.				FKT1				LAB1				RMM1		BUDGET ALTRE PRESTAZIONI (2003 + 9% + 2% + 2.5%)	BUDGET TOTALE FKT1 - LAB1 - RMM1 (=2003+2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004					
101605603	101	2	210.113,37	470.182,98	383.517,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	323.517,79	623.195,54	
101609003	101	2	326.167,38	-	-	92.488,79	88.088,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89.088,70	461.150,05	
101609303	101	2	34.410,47	-	-	3.369,07	0.973,73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.369,07	47.621,33	
101609903	101	2	444.367,75	-	-	3.427,40	2.860,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.860,11	509.753,42	
101610203	101	2	3.940,87	-	-	869,04	983,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	869,04	5.364,42	
101610504	101	2	350.522,42	640.238,97	586.591,12	4.709,78	12.343,62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	591.360,90	991.204,32	
101610604	101	2	535.764,22	-	-	14.754,93	15.960,87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.754,93	635.904,42	
101610704	101	2	102.584,42	-	-	4.527,46	7.499,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.527,46	123.087,47	
101611004	101	2	166.316,02	328.392,22	202.919,62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	188.577,11	319.038,37	
101611204	101	2	48.216,14	-	-	45.146,30	57.200,47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52.719,07	233.723,41	
101611304	101	2	416.056,41	-	-	121.830,26	135.811,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	121.830,26	596.427,50	
101611404	101	2	132.644,47	-	-	40.778,48	47.225,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.778,48	182.086,93	
101611504	101	2	129.215,20	-	-	37.575,96	43.201,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37.575,96	147.972,69	
101611604	101	2	74.492,13	223.430,54	229.898,35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	223.430,54	308.358,59	
101611704	101	2	212.121,84	-	-	72.488,68	74.621,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72.488,68	314.427,62	
101611804	101	2	163.437,96	-	-	49.856,37	65.201,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49.856,37	236.290,71	
101612004	101	2	177.702,80	-	-	46.280,99	51.400,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46.280,99	248.987,89	
101612104	101	2	544.014,96	1.387.473,72	1.309.265,91	42.511,76	50.591,35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.357.777,67	1.972.339,23	
101612204	101	2	86.220,57	-	-	24.331,09	25.651,98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24.331,09	112.683,48	
101612704	101	2	125.756,67	-	-	34.364,10	45.573,63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34.364,10	177.846,59	
101612904	101	2	195.089,84	-	-	44.808,20	51.388,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44.808,20	267.348,51	
101613104	101	2	101.997,55	-	-	24.472,06	27.802,58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24.472,06	140.821,36	
101630103	101	2	268.050,32	997.721,10	881.746,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	881.746,51	1.301.584,01	
101643104	101	2	185.797,22	446.632,41	378.122,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	378.122,17	591.062,32	
101643202	101	2	89.475,29	168.218,99	143.083,54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	143.083,54	245.148,61	
101643502	101	2	10.549,21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
101644001	101	2	51.651,27	-	-	13.150,30	18.207,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.150,30	72.069,25	
101644202	101	2	21.905,01	-	-	4.829,48	9.879,46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.829,48	29.616,67	
101644302	101	2	136.789,27	-	-	44.117,63	47.516,33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44.117,63	200.154,08	
101645103	101	2	491.414,41	-	-	136.396,57	157.202,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	136.396,57	690.860,33	
101646502	101	2	213.367,47	-	-	59.419,01	62.311,33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59.419,01	302.806,73	
101646701	101	2	36.801,74	233.419,32	241.137,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	233.419,32	275.390,32	
101649102	101	2	57.693,05	-	-	18.796,39	20.582,92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.796,39	84.481,77	
101650101	101	2	20.867,79	-	-	12.622,85	12.637,31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.622,85	46.593,24	
101650202	101	2	278.404,49	-	-	30.491,89	40.840,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30.491,89	348.069,78	
101652001	101	2	109.702,25	-	-	42.718,08	30.490,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30.490,91	155.629,01	
101652102	101	2	50.354,76	-	-	12.673,05	15.333,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.673,05	70.113,96	
101652303	101	2	87.165,22	-	-	14.874,77	19.884,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.874,77	114.304,73	
101652404	101	2	216.842,22	527.790,89	513.920,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	513.920,06	761.074,31	
101653604	101	2	222.949,37	-	-	74.262,07	73.710,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.710,03	328.029,89	
101653704	101	2	95.171,78	-	-	25.052,15	32.056,35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.052,15	134.615,25	
101654501	101	2	51.078,19	68.827,19	58.020,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58.020,50	116.285,74	
101655502	101	2	51.972,37	-	-	31.235,31	35.987,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.235,31	58.828,96	
101656404	101	2	106.340,08	-	-	13.534,72	14.823,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.534,72	65.650,93	
101657202	101	2	45.805,24	-	-	6.177,76	6.539,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.177,76	30.230,75	
101657902	101	2	21.086,05	-	-	146.060,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	146.060,77	228.528,39	
101658603	101	2	100.445,58	-	-	113.849,43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113.849,43	185.409,77	
101659201	101	2	133.647,84	-	-	32.950,77	37.716,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32.950,77	251.203,50	
101659702	101	2	167.503,92	-	-	60.130,64	60.577,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60.130,64	82.941,28	
101660004	101	2	540.395,53	-	-	82.941,26	96.176,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82.941,28	297.275,25	
101660201	101	2	231.540,76	-	-	35.960,36	33.155,73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33.155,73	49.767,53	
101660504	101	2	43.628,68	112,93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.767,53	1.758.124,53	
101660604	101	2	337.790,90	1.763.915,76	1.372.804,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.372.804,15	1.758.124,53	

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	ALTRE PRESTAZ.		FKT1		LAB1		RMM1		BUDGET ALTRE PRESTAZIONI (2003 + 9% + 2% + 1.6%)	BUDGET TOTALE FKT1 - LAB1 - RMM1 (-500/32004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004			
101662202	101	2	94.394,03	897.958,04	780.448,21	-	-	-	-	-	107.672,49	780.448,21	888.120,70
101662502	101	2	7.895,21	-	-	-	-	-	-	-	8.994,71	-	8.994,71
101663401	101	2	78.317,68	-	-	-	-	-	-	-	89.337,74	-	89.337,74
101663604	101	2	66.825,16	-	-	-	-	-	-	-	76.239,32	-	76.239,32
101663702	101	2	396.240,66	-	-	-	-	-	-	-	451.984,42	-	576.568,73
101664304	101	2	208.641,37	-	-	-	-	-	-	-	237.998,63	-	294.426,59
101666002	101	2	77.056,52	176.015,46	163.823,01	-	-	-	-	-	87.944,52	163.823,01	251.767,53
101666104	101	2	92.264,36	-	-	-	-	-	-	-	105.246,58	-	105.246,58
101666402	101	2	23.111,40	-	-	-	-	-	-	-	26.363,33	8.400,01	34.763,34
101666702	101	2	108.930,34	58.167,14	59.280,72	-	-	-	-	-	124.257,58	58.167,14	182.424,72
101666803	101	2	104.206,78	-	-	-	-	-	-	-	118.869,38	-	145.958,64
101667104	101	2	28.500,77	-	-	-	-	-	-	-	32.511,02	-	32.511,02
101668102	101	2	83.776,06	305.829,36	224.876,67	-	-	-	-	-	95.583,92	224.876,67	320.442,49
101668704	101	2	85.266,38	-	-	-	-	-	-	-	97.263,94	24.139,70	121.403,64
101668802	101	2	48.309,91	-	-	-	-	-	-	-	55.107,44	12.343,28	67.450,72
101669201	101	2	463.104,92	-	-	-	-	-	-	-	528.266,93	-	528.266,93
101669401	101	2	91.607,56	-	-	-	-	-	-	-	104.383,30	-	104.383,30
101669502	101	2	143.949,26	763.213,05	727.857,37	-	-	-	-	-	164.203,90	727.857,37	892.059,27
101669602	101	2	216.985,85	-	-	-	-	-	-	-	247.517,23	-	247.517,23
101669804	101	2	284.784,43	-	-	-	-	-	-	-	324.855,54	-	324.855,54
101669904	101	2	48.648,82	-	-	-	-	-	-	-	55.484,04	13.833,85	69.327,89
101700001	101	2	23.115,18	-	-	-	-	-	-	-	26.367,64	5.384,83	31.752,47
102014800	102	2	17.534,11	-	-	-	-	-	-	-	8.420,80	-	8.420,80
102037300	102	2	16.208,07	-	-	-	-	-	-	-	20.001,28	-	20.001,28
102068300	102	2	40.079,16	-	-	-	-	-	-	-	45.718,57	-	45.718,57
102069800	102	2	80.552,91	-	-	-	-	-	-	-	103.294,32	-	103.294,32
102203801	102	2	131.514,84	-	-	-	-	-	-	-	47.401,16	-	47.401,16
102601500	102	2	237.518,40	973.089,35	828.492,72	-	-	-	-	-	150.019,87	36.440,81	196.460,68
102613200	102	2	528.293,39	-	-	-	-	-	-	-	75.145,65	20.672,62	95.818,27
102613500	102	2	460.116,14	-	-	-	-	-	-	-	602.627,86	181.041,74	783.669,60
102613600	102	2	85.876,39	-	-	-	-	-	-	-	524.861,03	163.301,93	688.222,96
102613700	102	2	126.162,16	-	-	-	-	-	-	-	143.914,03	38.487,57	182.381,50
102613800	102	2	653.566,82	445.651,49	445.651,49	-	-	-	-	-	1.087.740,16	432.539,31	1.520.279,47
102614000	102	2	267.410,79	14.054,69	17.130,93	-	-	-	-	-	305.037,31	19.307,25	324.434,56
102614100	102	2	32.313,14	-	-	-	-	-	-	-	36.859,82	-	36.859,82
102614200	102	2	84.611,92	-	-	-	-	-	-	-	96.517,39	23.502,97	120.020,36
102614400	102	2	7.405,61	10.279,00	6.240,37	-	-	-	-	-	8.447,63	6.240,37	14.680,00
102616000	102	2	360.722,16	-	-	-	-	-	-	-	411.478,22	102.509,10	513.987,32
102616100	102	2	201.776,77	564.123,22	410.480,66	-	-	-	-	-	230.168,13	410.480,65	640.648,78
102616200	102	2	190.368,26	-	-	-	-	-	-	-	217.154,37	68.407,64	285.562,01
102616300	102	2	192.749,21	228.920,96	193.186,61	-	-	-	-	-	219.863,49	193.186,61	413.050,10
102616400	102	2	253.276,15	663.407,30	663.407,30	-	-	-	-	-	288.913,53	507.335,31	796.248,14
102616500	102	2	42.828,63	33.313,45	26.262,67	-	-	-	-	-	48.854,91	28.262,67	75.117,58
102616600	102	2	140.456,95	-	-	-	-	-	-	-	160.220,20	49.377,11	209.597,31
102616700	102	2	324.840,48	-	-	-	-	-	-	-	370.547,74	100.869,55	471.417,29
102616800	102	2	211.972,45	204.284,50	234.489,77	-	-	-	-	-	344.487,51	91.187,83	435.675,14
102617000	102	2	138.642,21	-	-	-	-	-	-	-	204.284,50	204.284,50	446.032,92
102617100	102	2	960.496,78	363.178,29	296.086,68	-	-	-	-	-	159.290,82	46.385,42	205.880,24
102617200	102	2	77.671,41	-	-	-	-	-	-	-	1.096.645,21	349.686,13	2.445.331,34
102617300	102	2	363.384,70	-	-	-	-	-	-	-	88.630,31	18.061,50	106.661,81
102617400	102	2	38.980,64	-	-	-	-	-	-	-	414.515,40	100.203,28	514.718,69
											44.475,63	-	44.475,63

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	ALTRE PRESTAZ.			FKT1				LAB1			RMN1		BUDGET ALTRE PRESTAZIONI (2003 + 9% + 2% + 4,5%)	BUDGET TOTALE FKT1 - LAB1 - RMN1 (1-2003/2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2003	2004					
102617500	102	2	407.605,65	-	-	107.436,43	125.246,93	-	-	-	-	-	-	-	107.439,43	464.958,54	572.397,97
102619600	102	2	162.047,29	-	-	43.522,85	45.420,78	-	-	-	-	-	-	-	43.522,85	185.532,85	223.055,72
102619700	102	2	262.450,11	-	-	89.858,63	100.587,39	-	-	-	-	-	-	-	89.858,63	299.390,03	389.248,89
102619800	102	2	37.817,50	28.550,44	-	38.348,12	44.797,23	-	-	-	-	-	-	-	28.550,44	43.138,68	71.689,12
102620200	102	2	106.416,24	-	-	144.322,86	103.126,75	-	-	-	-	-	-	-	121.389,73	39.348,12	160.737,85
102620400	102	2	445.814,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	508.544,06	144.322,86	652.866,96
102620600	102	2	17.360,41	-	-	4.711,61	6.808,91	-	-	-	-	-	-	-	164.589,42	164.589,42	164.589,42
102629300	102	2	159.173,57	166.885,14	-	236.340,09	-	-	-	-	-	-	-	-	39.803,14	4.711,61	24.514,75
102644500	102	2	105.903,65	-	-	30.832,18	43.185,85	-	-	-	-	-	-	-	181.570,37	168.885,14	348.455,51
102645000	102	2	144.376,78	-	-	42.181,82	47.026,27	-	-	-	-	-	-	-	120.804,90	30.832,18	151.637,08
102645600	102	2	147.951,57	-	-	41.966,52	51.201,40	-	-	-	-	-	-	-	164.891,57	42.191,82	206.883,39
102645700	102	2	1.755.373,44	4.277.082,12	-	3.769.644,10	-	-	-	-	-	-	-	-	2.002.368,42	3.768.644,10	5.771.010,52
102646200	102	2	71.722,41	-	-	23.862,89	19.661,74	-	-	-	-	-	-	-	81.814,24	19.661,74	101.475,88
102647500	102	2	429.470,11	-	-	131.231,88	166.114,96	-	-	-	-	-	-	-	489.899,47	131.231,88	621.131,45
102648800	102	2	481.505,64	-	-	163.986,27	186.830,16	-	-	-	-	-	-	-	560.863,83	163.986,27	724.850,10
102649200	102	2	316.853,03	422.270,14	-	343.534,95	-	-	-	-	-	-	-	-	361.550,48	343.534,95	705.085,43
102650000	102	2	168.604,63	-	-	66.267,78	85.833,88	-	-	-	-	-	-	-	192.328,45	66.267,78	258.596,23
102650300	102	2	137.406,80	-	-	38.408,67	47.423,76	-	-	-	-	-	-	-	158.740,87	38.408,67	195.150,74
102650700	102	2	75.465,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86.083,61	-	86.083,61
102650800	102	2	187.344,24	-	-	51.710,70	56.962,44	-	-	-	-	-	-	-	179.483,64	51.710,79	231.194,43
102650900	102	2	47.470,19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54.149,57	-	54.149,57
102651000	102	2	141.204,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	161.073,18	-	161.073,18
102651500	102	2	142.935,80	-	-	43.135,45	61.754,76	-	-	-	-	-	-	-	163.047,91	43.135,45	206.183,36
102652000	102	2	112.772,11	67.913,98	-	76.163,91	-	-	-	-	-	-	-	-	128.639,91	76.163,91	204.803,82
102654300	102	2	46.591,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53.146,97	-	53.146,97
102655000	102	2	55.710,23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63.549,04	-	63.549,04
102655400	102	2	154.919,97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	176.718,26	-	176.718,26
102655400	102	2	405.891,65	434.347,07	-	292.546,29	-	-	-	-	-	-	-	-	483.003,37	292.546,29	756.548,66
102656800	102	2	145.471,40	-	-	46.259,10	45.612,24	-	-	-	-	-	-	-	185.940,22	45.612,24	211.552,46
102657000	102	2	96.589,79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110.180,63	-	110.180,63
102657500	102	2	38.941,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42.138,98	-	42.138,98
102658000	102	2	148.090,52	-	-	44.161,77	52.475,30	-	-	-	-	-	-	-	168.927,80	44.161,77	213.089,63
102658500	102	2	262.580,79	-	-	76.991,38	70.824,98	-	-	-	-	-	-	-	299.527,89	70.824,98	370.352,67
102658700	102	2	59.929,78	-	-	20.605,97	27.952,28	-	-	-	-	-	-	-	68.362,31	20.605,97	88.968,28
102658700	102	2	17.795,62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.289,58	-	20.289,58
102659300	102	2	118.426,28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	135.089,66	-	135.089,66
102659400	102	2	42.287,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48.237,37	-	48.237,37
102659800	102	2	146.606,21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	167.303,14	-	167.303,14
102660100	102	2	33.281,07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37.963,94	-	37.963,94
102660400	102	2	67.456,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76.948,45	-	76.948,45
102661200	102	2	97.893,03	-	-	25.361,19	28.515,86	-	-	-	-	-	-	-	111.067,24	25.361,19	137.028,43
102663300	102	2	162.030,17	-	-	48.197,82	56.556,65	-	-	-	-	-	-	-	184.826,92	48.197,82	233.026,74
102663500	102	2	90.631,38	17.598,18	-	19.531,61	-	-	-	-	-	-	-	-	41.785,86	17.598,18	59.383,84
102663600	102	2	256.825,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	294.902,20	-	294.902,20
102663900	102	2	84.843,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98.563,82	-	98.563,82
102665800	102	2	38.270,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43.654,87	-	43.654,87
102667500	102	2	85.447,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97.470,52	-	97.470,52
102667600	102	2	93.712,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106.898,74	-	106.898,74
102668000	102	2	38.586,74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44.016,16	-	44.016,16
102669000	102	2	203.975,26	758.306,19	-	676.187,98	-	-	-	-	-	-	-	-	232.675,57	676.187,98	908.849,95
102669300	102	2	137.467,56	-	-	44.928,64	47.324,20	-	-	-	-	-	-	-	156.810,18	44.928,64	201.737,02
102669900	102	2	112.893,63	-	-	37.188,19	43.019,88	-	-	-	-	-	-	-	128.778,53	37.188,19	165.966,72

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	FKT1				RMM1				BUDGET ALTRE PRESTAZIONI (2003 + 5% + 2% + 2%)	BUDGET TOTALE FKT1 + LAB1 + RMM1 (=2003/2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004			
103010000	103	2	95.027,21	44.870,75	78.206,25	19.426,72	19.665,86	108.386,18	64.106,47	172.504,65			
103010100	103	2	189.512,11	48.161,39	82.244,25	14.042,82	19.665,86	193.363,62	48.161,39	241.525,01			
103010200	103	2	216.130,25	70.988,72	733.600,78	1.075.060,16	5.005,54	246.541,25	733.600,78	980.151,03			
103010300	103	2	46.789,55	71.727,94	81.820,55	81.820,55	81.820,55	53.373,16	81.820,55	135.193,71			
103010400	103	2	29.286,56	97.670,84	86.618,39	73.193,71	93.944,12	33.418,78	66.618,39	120.037,18			
103010500	103	2	195.395,15	173.595,62	142.075,08	173.595,62	173.595,62	227.421,40	73.193,71	300.645,11			
103010600	103	2	80.236,89	65.084,45	44.748,57	18.342,98	12.843,01	155.563,80	37.461,17	194.014,97			
103010800	103	2	138.256,62	20.703,60	337.009,85	41.747,79	23.183,44	184.563,33	42.246,35	226.809,74			
103012100	103	2	96.027,67	137.242,80	42.476,53	42.476,53	42.476,53	111.820,83	20.810,03	132.630,86			
103012300	103	2	37.035,24	515.279,87	58.783,25	10.098,18	12.385,22	58.783,25	195.248,80	264.032,05			
103012500	103	2	53.042,79	44.757,86	44.748,57	44.757,86	44.748,57	60.506,27	10.786,20	71.292,47			
103012700	103	2	41.747,79	23.183,44	23.183,44	23.183,44	23.183,44	16.834,39	44.748,57	61.582,96			
103013400	103	2	337.009,85	20.703,60	20.703,60	20.703,60	20.703,60	47.621,99	23.183,44	70.805,43			
103013700	103	2	874.973,72	184.563,33	184.563,33	184.563,33	184.563,33	384.428,29	123.317,15	507.745,44			
103013900	103	2	184.563,33	184.563,33	184.563,33	184.563,33	184.563,33	998.088,47	281.911,51	1.279.999,98			
103014100	103	2	42.476,53	42.476,53	42.476,53	42.476,53	42.476,53	210.532,65	54.345,38	264.878,03			
103014700	103	2	74.553,68	93.285,24	93.285,24	93.285,24	93.285,24	48.453,27	83.613,79	132.067,06			
103014800	103	2	185.743,40	208.474,90	208.474,90	208.474,90	208.474,90	85.043,89	93.285,24	178.329,13			
103015000	103	2	45.343,73	170.625,18	170.625,18	170.625,18	170.625,18	143.436,35	268.474,90	420.911,25			
103015100	103	2	170.625,18	170.625,18	170.625,18	170.625,18	170.625,18	90.777,31	90.777,31	181.402,49			
103015200	103	2	94.586,50	172.482,41	172.482,41	172.482,41	172.482,41	51.723,90	16.721,68	68.445,58			
103015300	103	2	76.768,12	183.405,90	183.405,90	183.405,90	183.405,90	194.833,30	40.652,27	235.485,57			
103015500	103	2	287.137,54	2.582.422,73	2.582.422,73	2.582.422,73	2.582.422,73	107.872,72	172.492,41	280.365,13			
103015800	103	2	49.081,84	42.745,73	42.745,73	42.745,73	42.745,73	87.569,92	183.405,90	270.975,82			
103015900	103	2	400.154,87	137.414,79	252.545,75	86.646,61	95.794,62	304.725,61	2.945.787,17	3.050.512,78			
103016000	103	2	3.133,50,95	869.170,78	869.170,78	869.170,78	869.170,78	85.659,05	26.718,99	112.378,04			
103016100	103	2	273.981,81	66.436,73	74.419,94	66.436,73	74.419,94	55.990,17	42.745,73	98.744,90			
103016300	103	2	144.035,19	26.970,84	21.944,98	26.970,84	21.944,98	456.459,38	137.414,79	593.874,17			
103016500	103	2	38.730,81	8.958,15	11.834,89	8.958,15	11.834,89	367.441,11	66.640,61	434.081,72			
103017000	103	2	92.180,74	27.027,85	27.027,85	27.027,85	27.027,85	216.510,86	869.170,78	1.085.681,64			
103017500	103	2	90.112,03	305.642,29	850.549,28	1.724.215,52	2.056.071,60	312.532,91	164.301,92	378.834,83			
103017600	103	2	104.616,94	28.272,84	184.156,21	973.531,75	1.255.314,62	164.301,92	21.944,98	186.246,90			
103017800	103	2	243.502,56	104.616,94	104.616,94	104.616,94	104.616,94	44.190,88	8.958,15	53.149,03			
103017900	103	2	27.027,85	27.027,85	27.027,85	27.027,85	27.027,85	30.830,85	93.744,13	120.772,98			
103018200	103	2	90.112,03	305.642,29	850.549,28	1.724.215,52	2.056.071,60	30.830,85	102.781,41	123.613,44			
103018300	103	2	305.642,29	850.549,28	1.724.215,52	2.056.071,60	2.056.071,60	102.781,41	23.105,83	125.887,24			
103018400	103	2	850.549,28	1.724.215,52	2.056.071,60	2.056.071,60	2.056.071,60	346.876,38	94.867,51	443.743,89			
103018600	103	2	17.488,51	17.488,51	17.488,51	17.488,51	17.488,51	970.227,85	1.724.215,52	2.694.442,87			
103018700	103	2	243.502,56	104.616,94	104.616,94	104.616,94	104.616,94	19.949,26	19.949,26	39.898,52			
103018900	103	2	104.616,94	28.272,84	184.156,21	973.531,75	1.255.314,62	277.765,03	277.765,03	555.530,06			
103019000	103	2	28.272,84	184.156,21	184.156,21	184.156,21	184.156,21	119.339,54	29.575,67	148.915,21			
103019100	103	2	184.156,21	973.531,75	1.255.314,62	1.255.314,62	1.255.314,62	221.477,59	973.531,75	2.969.661,61			
103019100	103	2	212.746,31	65.297,57	65.297,57	65.297,57	65.297,57	242.681,16	65.297,57	307.978,73			

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	ALTRA PRESTAZ.			FKT1			LAB1			RMNS			BUDGET ALTRE PRESTAZIONI 2003 + 9% + 2% + 2.5%	BUDGET TOTALE FKT1 - LAB1 - RMN1 (+3003+2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005						
103019200	103	2	238.805,99	-	-	147.269,33	101.895,62	-	-	-	-	-	-	272.407,62	147.269,33	272.407,62	
103019300	103	2	438.226,99	-	-	192,72	2.144,19	-	-	-	-	-	-	487.607,09	192,72	644.876,42	
103019400	103	2	26.779,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30.547,95	-	30.740,68	
103019500	103	2	416.339,82	1.347.028,14	-	994.738,82	40.264,89	-	-	-	-	-	-	474.921,66	994.738,82	1.469.660,48	
103019700	103	2	78.048,73	-	-	27.530,78	40.264,89	-	-	-	-	-	-	89.030,72	27.530,78	1.16.561,50	
103019800	103	2	250.795,63	416.794,14	-	70.896,74	80.055,10	-	-	-	-	-	-	286.084,28	416.794,14	702.878,42	
103019900	103	2	230.088,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	262.462,98	70.896,74	333.359,73	
103020000	103	2	84.237,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.276,21	-	73.276,21	
103020200	103	2	208.377,92	-	-	50.530,33	63.400,96	-	-	-	-	-	-	237.698,11	50.530,33	288.228,44	
103020300	103	2	52.446,66	-	-	16.716,06	15.800,03	-	-	-	-	-	-	59.826,26	15.800,03	75.626,29	
103020400	103	2	157.803,52	-	-	48.468,68	55.978,08	-	-	-	-	-	-	180.007,56	48.468,68	228.476,53	
103020500	103	2	101.419,91	-	-	21.314,20	39.076,64	-	-	-	-	-	-	115.690,38	21.314,20	137.004,58	
103020700	103	2	88.005,73	-	-	33.989,97	38.886,69	-	-	-	-	-	-	101.629,44	33.989,97	135.519,41	
103021200	103	2	31.959,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36.465,91	-	36.465,91	
103021600	103	2	56.230,64	-	-	15.095,61	17.559,25	-	-	-	-	-	-	64.142,67	15.095,61	79.238,28	
103021700	103	2	26.835,66	-	-	9.232,38	12.720,56	-	-	-	-	-	-	30.611,62	9.232,38	39.844,00	
103021800	103	2	127.362,46	129.510,24	-	183.742,16	-	-	-	-	-	-	-	146.283,22	129.510,24	274.293,46	
103022000	103	2	6.542,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.462,96	-	7.462,96	
103022300	103	2	26.742,94	-	-	6.809,61	8.108,78	-	-	-	-	-	-	30.505,85	6.809,61	37.315,46	
103022800	103	2	352.407,07	-	-	843.294,21	1.216.764,11	-	-	-	-	-	-	401.993,15	843.294,21	1.245.257,35	
103023000	103	2	100.762,40	-	-	8.797,03	11.236,57	-	-	-	-	-	-	114.940,35	8.797,03	123.737,38	
103023100	103	2	646.885,83	216.694,76	-	198.074,85	89.644,08	-	-	-	-	-	-	737.906,84	271.552,06	1.009.458,90	
103023200	103	2	63.229,03	375.342,61	-	188.407,86	-	-	-	-	-	-	-	72.125,84	188.407,86	260.533,70	
103023300	103	2	713,64	-	-	183,71	1.471,47	-	-	-	-	-	-	814,06	183,71	897,76	
104002500	104	2	54.021,96	129.617,61	-	21.997,31	27.807,83	-	-	-	-	-	-	61.623,25	21.997,31	61.623,25	
104010100	104	2	284.106,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	324.081,77	21.997,31	346.079,08	
104010101	104	2	87.151,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99.413,96	-	99.413,96	
104010102	104	2	10.639,99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.403,47	-	22.403,47	
104010301	104	2	93.220,13	132.947,82	-	187.878,94	-	-	-	-	-	-	-	106.336,84	132.947,82	239.284,66	
104010401	104	2	135.926,30	226.755,67	-	211.965,94	-	-	-	-	-	-	-	155.052,74	211.965,94	367.016,68	
104010701	104	2	406.131,54	-	-	129.277,98	137.447,02	-	-	-	-	-	-	463.277,01	129.277,98	592.554,99	
104010801	104	2	410.176,30	-	-	136.517,11	158.441,78	-	-	-	-	-	-	467.893,18	136.517,11	604.410,29	
104010901	104	2	82.574,80	230.860,54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94.193,64	184.142,64	288.336,28	
104011101	104	2	90.835,89	146.675,36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57.988,85	-	57.988,85	
104011201	104	2	50.814,67	139.290,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101.924,01	139.290,68	241.214,67	
104011302	104	2	591.470,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57.964,67	-	57.964,67	
104011303	104	2	60.688,59	145.368,32	-	145.368,32	1.622.816,19	-	-	-	-	-	-	674.694,67	1.530.953,21	2.205.647,86	
104011401	104	2	88.608,67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69.227,89	145.368,32	214.646,21	
104011501	104	2	280.990,62	-	-	67.248,20	77.960,30	-	-	-	-	-	-	101.076,74	67.248,20	101.076,74	
104011601	104	2	530.010,67	-	-	156.485,50	186.776,03	-	-	-	-	-	-	331.934,98	67.248,20	399.183,18	
104011701	104	2	571.065,98	-	-	167.174,96	180.566,09	-	-	-	-	-	-	604.586,78	158.485,60	763.072,28	
104011801	104	2	70.196,37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	651.407,44	167.174,96	818.582,40	
104011801	104	2	435.624,52	-	-	51.716,78	59.253,96	-	-	-	-	-	-	80.073,48	-	80.073,48	
104012201	104	2	79.566,99	78.487,41	-	55.610,77	68.796,42	-	-	-	-	-	-	406.805,76	51.716,78	548.522,56	
104012301	104	2	189.883,97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90.762,61	50.556,39	141.319,00	
104012501	104	2	255.617,84	-	-	80.444,81	96.244,23	-	-	-	-	-	-	216.601,84	55.610,77	272.212,71	
104012801	104	2	254.928,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	291.585,01	-	291.585,01	
104012802	104	2	113.034,89	-	-	80.161,14	98.174,47	-	-	-	-	-	-	290.343,12	80.444,81	370.787,93	
104012802	104	2	300.066,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	128.939,67	-	128.939,67	
104013001	104	2	50.207,57	69.442,40	-	80.161,14	98.174,47	-	-	-	-	-	-	342.276,90	80.161,14	422.438,04	
104013401	104	2	79.036,58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57.272,12	69.442,40	126.714,52	
104013401	104	2	34.478,92	50.014,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90.160,99	-	90.160,99	
104040100	104	2	101.432,51	247.965,10	-	268.457,14	-	-	-	-	-	-	-	39.330,34	50.014,88	80.160,99	
														115.704,75	247.965,10	363.689,65	

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	ALTRE PRESTAZ.		FKT4		LAB1			RNNT		BUDGET AL TRE PRESTAZIONI (2003 + 5% + 5% + 2,6%)	BUDGET TOTALE FKT1 - LAB1 - RNNT1 (<2003/2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004				
104040200	104	2	74.609,27		82.808,25	90.345,22						85.107,30	92.808,25	167.915,55
104100300	104	2	523.972,85		68.944,53	73.813,87	46.519,25	13.295,19	300.056,15	354.350,03		587.699,39	377.519,93	975.219,32
104100400	104	2	50.231,46				7.270,90	7.397,47				57.299,37	7.270,90	64.570,27
104100500	104	2	102.258,63				26.202,23	27.757,75				116.647,11	26.202,23	142.849,34
104100501	104	2	126.846,41		100.415,30	105.072,51						144.633,42	100.415,30	245.048,72
104100700	104	2	90.799,44				8.750,49	14.593,67				103.575,54	9.750,49	113.326,03
104100700	104	2	290.935,43				44.764,44	52.028,80				320.464,96	44.764,44	365.229,40
104123000	104	2	685.002,09						1.213.214,52	1.247.814,02		781.388,54	1.213.214,52	1.994.601,06
104130200	104	2	296.838,52									338.605,72	82.992,68	431.598,40
104130300	104	2	209.840,21									239.366,15	63.627,89	302.993,84
104130400	104	2	107.862,69									123.038,70	30.211,24	153.250,04
104130500	104	2	124.681,46									142.202,18	39.736,54	181.940,72
104130600	104	2	244.993,43									279.471,38	85.107,27	344.578,65
104130700	104	2	250.155,63									285.354,23	70.045,98	355.399,81
104130800	104	2	376.003,27									429.936,12	119.766,60	549.704,72
104160200	104	2	75.538,11									86.166,84		161.705,45
104160300	104	2	88.309,68									100.735,45		189.045,13
104160400	104	2	22.998,89									26.234,99		49.233,88
104160600	104	2	234.515,72									267.513,68	76.217,97	343.731,65
104300100	104	2	610.174,33									696.030,01	190.812,27	886.842,28
104622500	104	2	23.940,35									27.308,92	7.191,04	34.499,96
104627000	104	2	1.007.278,65		206.842,81	238.803,67						1.149.009,61	245.159,42	1.394.169,03
104627500	104	2	107.526,77									426.456,18	87.528,43	514.084,61
104627600	104	2	231.392,48		170.226,69	179.232,30						122.856,52	170.226,69	343.063,21
104627700	104	2	116.192,63		250.807,60	318.559,19						263.950,98	259.807,60	523.758,58
104627800	104	2	74.844,15									132.541,72	12.228,20	144.769,92
104628000	104	2	85.567,47									85.375,23	21.587,25	106.962,48
104628100	104	2	53.598,29		37.824,87	44.979,23						61.139,93	37.824,87	98.964,80
104628200	104	2	37.697,34									43.001,61	6.935,42	49.937,03
104648600	104	2	63.117,88									72.883,42	13.895,00	86.778,42
104657000	104	2	272.359,50									310.682,33	85.353,78	396.036,11
104667600	104	2	81.002,55									82.400,16	21.426,68	113.828,82
105000500	105	2	35.940,33									40.997,38	12.000,13	52.997,51
105000600	105	2	14.330,89									16.347,34		16.347,34
105001500	105	2	1.406.839,28									1.604.791,13	161.618,80	1.706.409,93
105001700	105	2	148.942,65									169.899,89	54.377,56	224.277,44
105001800	105	2	54.765,42									62.471,29	17.471,04	79.942,33
105002500	105	2	611.948,87									688.054,24	1.737.486,53	2.435.540,77
105002600	105	2	183.500,11									208.319,82	55.241,21	284.561,03
105002700	105	2	16.368,81									18.669,73		18.669,73
105002800	105	2	112.189,37									127.975,18	31.406,44	159.381,62
105003000	105	2	145.855,66									166.150,40	53.307,47	219.517,87
105003100	105	2	152.349,24		125.643,03	135.410,21						173.785,81	125.643,03	299.428,84
105003400	105	2	78.500,83		99.718,60	101.279,64						90.687,14	99.718,60	190.405,74
105003500	105	2	52.433,61									59.811,38		59.811,38
105003700	105	2	67.621,89									77.136,75		77.136,75
105003800	105	2	196.850,41									224.548,80	63.282,99	287.831,48
105003900	105	2	77.411,79		84.548,60	95.584,07						88.304,16	84.548,60	172.852,76
105004000	105	2	428.332,48									489.172,13	918.486,10	1.407.868,23
105004500	105	2	441,56									503,69		503,69
105004800	105	2	60.202,36									68.673,24	21.080,76	89.754,00
105005100	105	2	637.415,28									727.103,94	40.032,54	767.136,48
105005500	105	2	153.000,30		191.560,69	243.853,11						174.528,48	191.560,69	366.679,17

[Handwritten signature and stamp]
 RMIN1
 2003
 2004

CODICE SIRUTTURA	ASL	TRAP	ALTRE PRESTAZ.			FKT5			LAB1			BUDGET ALTRE PRESTAZIONI 2003 + 8% + 2% + 3,5%	BUDGET TOTALE FKT1 - LAB1 - RMIN1 (<2003/2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005			
106506800	106	2	80.513,22	-	-	24.126,30	32.006,63	-	91.841,98	24.126,30	115.968,28			
106506800	106	2	73.422,38	-	-	20.486,05	26.191,23	-	83.753,39	20.486,05	104.239,44			
106506900	106	2	70.775,36	-	-	18.049,28	10.181,85	-	80.733,93	16.049,28	96.783,21			
106506901	106	2	30.419,67	-	-	15.163,23	18.948,33	-	34.689,81	15.163,23	49.853,04			
106507100	106	2	207.357,18	-	-	49.677,60	55.712,13	-	286.533,75	49.677,60	286.211,35			
106507200	106	2	46.420,34	-	-	64.477,48	70.752,71	-	52.052,00	64.477,48	52.932,00			
106507300	106	2	129.348,85	-	-	-	-	-	273.680,20	147.560,25	338.167,68			
106507400	106	2	19.219,78	-	-	-	-	-	147.560,25	147.560,25	147.560,25			
106507500	106	2	38.016,15	-	-	-	-	-	21.924,13	21.924,13	21.924,13			
107120196	107	2	349.260,06	-	-	26.038,39	26.960,57	-	43.365,28	47.174,60	90.539,88			
107120273	107	2	317.724,94	-	-	654.047,19	410.666,65	-	398.403,33	438.695,04	835.098,37			
107240152	107	2	273.258,82	-	-	-	-	1.045.239,94	362.431,00	1.046.239,94	1.407.670,94			
107240153	107	2	181.572,05	-	-	83.485,58	91.660,70	-	311.708,19	83.485,58	396.193,77			
107240154	107	2	156.365,41	-	-	48.675,01	65.432,88	-	207.120,47	48.675,01	255.795,48			
107240251	107	2	1.786.028,08	-	-	97.940,90	101.167,16	-	178.365,08	52.420,19	230.775,67			
107240252	107	2	100.843,81	-	-	29.278,80	29.261,97	-	1.352.908,01	1.900.705,47	3.253.613,48			
107240253	107	2	305.434,28	-	-	76.671,86	87.288,83	-	115.033,22	29.261,97	144.295,19			
107250153	107	2	709.435,21	-	-	224.319,08	258.437,81	-	348.410,98	75.871,96	424.282,92			
107250154	107	2	122.072,19	-	-	35.436,86	39.211,15	-	809.257,57	224.319,06	1.033.576,63			
107250155	107	2	568.256,80	-	-	-	-	-	139.248,58	35.436,86	174.685,44			
107250156	107	2	333.287,07	-	-	2.135.358,56	2.562.898,05	-	380.182,83	2.135.358,56	2.781.291,54			
107250157	107	2	127.581,69	-	-	85.581,20	107.930,45	-	145.533,30	85.581,20	466.763,93			
107260451	107	2	128.445,74	-	-	-	-	-	146.518,93	34.267,15	145.533,30			
107260152	107	2	149.041,79	-	-	34.267,15	38.104,98	-	170.012,98	34.267,15	180.786,08			
107260153	107	2	25.709,69	-	-	38.500,08	46.927,05	-	29.327,45	38.500,09	208.513,07			
107260154	107	2	261.867,39	-	-	57,33	821,73	-	298.736,73	57,33	29.364,78			
107260155	107	2	171.293,22	-	-	83.460,40	100.635,36	-	195.395,34	83.460,49	382.197,22			
107260156	107	2	840.030,45	-	-	541.368,08	697.147,24	-	968.235,29	541.368,08	736.763,42			
107260157	107	2	119.773,22	-	-	1.174.671,18	1.590.784,12	-	136.626,13	1.174.671,18	2.132.906,47			
107261851	107	2	117.167,58	-	-	28.333,97	33.642,99	-	133.653,86	28.333,97	164.960,10			
107280851	107	2	180.531,58	-	-	20.294,61	26.710,35	-	205.933,60	20.294,61	153.948,47			
107300153	107	2	66.597,55	-	-	60.181,79	72.774,13	-	75.968,28	60.181,79	266.115,30			
107300154	107	2	209.870,98	-	-	909.539,33	1.008.365,88	-	239.401,25	909.539,33	75.968,28			
107300605	107	2	533.353,52	-	-	1.186.650,25	1.719.121,04	-	608.399,99	1.186.650,25	1.148.940,58			
108060720	108	2	146.316,91	-	-	-	-	-	166.904,69	1.794.950,24	1.794.950,24			
108122110	108	2	18.621,57	-	-	-	-	-	21.241,75	-	166.904,69			
108626950	108	2	178.070,22	-	-	246.207,23	337.068,84	-	203.125,91	246.207,23	449.333,14			
108626960	108	2	88.106,02	-	-	313.948,12	404.876,04	-	100.503,14	313.948,12	414.461,26			
108640480	108	2	86.084,17	-	-	20.297,93	22.138,80	-	98.173,88	20.297,93	118.471,81			
108640550	108	2	236.733,16	-	-	58.656,05	71.143,38	-	270.043,13	58.656,05	328.739,19			
108640630	108	2	1.088.941,87	-	-	40.111,06	46.317,27	-	1.263.670,46	826.117,27	2.079.687,73			
108640690	108	2	189.728,28	-	-	65.064,79	77.081,12	-	216.424,34	65.064,79	281.489,13			
108641050	108	2	1.436.445,94	-	-	32.221,91	25.586,92	-	1.638.563,65	1.090.406,04	2.728.969,69			
108641130	108	2	17.430,78	-	-	17.910,65	22.270,32	-	19.883,41	17.910,65	37.794,06			
108641210	108	2	96.011,01	-	-	120.860,68	137.643,36	-	109.520,41	120.860,68	230.401,09			
108641390	108	2	81.890,66	-	-	11.871,16	15.688,92	-	93.413,23	11.871,16	105.284,30			
108641540	108	2	123.841,89	-	-	18.688,56	28.909,46	-	147.267,26	48.955,91	187.223,20			
108641620	108	2	447.241,88	-	-	42.581,88	53.481,13	-	510.171,85	42.581,88	552.733,73			
108641700	108	2	97.497,30	-	-	33.330,87	40.830,34	-	111.215,83	33.330,87	144.646,70			
108641980	108	2	151.305,72	-	-	37.910,86	51.942,06	-	172.595,46	37.910,86	210.506,32			
108642040	108	2	693.173,44	-	-	4.796,19	6.636,16	-	790.707,06	281.424,81	1.072.132,47			
108642200	108	2	297.985,86	-	-	87.407,53	122.073,32	-	339.914,50	87.407,53	427.332,03			
108642460	108	2	70.121,99	-	-	21.401,76	32.196,12	-	79.888,63	21.401,76	101.330,39			

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	ALTR E PRESTAZ.				FKT1				LAB1				RMN1		BUDGET ALTRE PRESTAZIONI 2003 + 9% + 2% + 2,6%	BUDGET TOTALE FKT1 - LAB1 - RMN1 (-2003/2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2003	2004					
108642750	108	2	327.482,30	-	-	-	95.392,66	110.746,60	-	-	-	-	-	-	-	-	373.538,58	95.392,66	468.931,24
108642810	108	2	134.565,02	-	-	-	29.912,14	28.534,20	-	-	-	-	-	-	-	-	153.499,23	28.534,20	182.033,43
108642900	108	2	1.613.768,55	-	-	-	365.617,56	333.620,53	-	-	-	-	-	-	-	-	1.156.412,68	1.812.977,12	2.969.389,80
108643000	108	2	234.590,40	-	-	-	54.171,34	64.661,39	-	-	-	-	-	-	-	-	267.594,30	563.070,28	830.664,56
108643100	108	2	100.732,48	-	-	-	31.249,79	35.809,07	-	-	-	-	-	-	-	-	114.906,22	31.249,79	146.156,01
108643200	108	2	200.829,38	-	-	-	37.350,70	44.360,54	-	-	-	-	-	-	-	-	118.111,90	37.350,70	155.462,60
108643300	108	2	57.181,65	-	-	-	54.948,86	72.382,93	-	-	-	-	-	-	-	-	229.087,44	54.948,86	284.036,10
108643400	108	2	174.248,28	-	-	-	12.816,15	14.421,20	-	-	-	-	-	-	-	-	65.204,98	12.816,15	78.020,83
108643500	108	2	63.442,52	-	-	-	48.304,58	55.505,78	-	-	-	-	-	-	-	-	195.344,08	48.864,58	244.208,66
108668300	108	2	247.893,14	-	-	-	505.657,41	560.671,38	-	-	-	-	-	-	-	-	72.369,31	-	72.369,31
108668400	108	2	96.905,84	-	-	-	32.096,45	32.333,89	-	-	-	-	-	-	-	-	282.701,98	505.657,41	788.419,39
108686600	108	2	72.001,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110.541,15	32.096,45	142.637,60
109001300	109	2	124.211,61	-	-	-	25.415,02	33.584,94	-	-	-	-	-	-	-	-	82.132,61	-	82.132,61
109005200	109	2	100.948,53	-	-	-	26.237,08	29.631,56	-	-	-	-	-	-	-	-	141.689,03	26.237,08	167.104,65
109018100	109	2	120.122,57	-	-	-	28.128,48	28.332,79	-	-	-	-	-	-	-	-	115.182,07	26.237,08	141.389,75
109018200	109	2	93.261,61	-	-	-	37.292,19	42.989,12	-	-	-	-	-	-	-	-	137.024,63	26.332,79	163.357,42
109018400	109	2	160.794,31	-	-	-	49.206,06	51.641,29	-	-	-	-	-	-	-	-	106.394,15	37.292,19	143.676,34
109058100	109	2	20.229,89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	183.419,16	49.206,06	232.624,22
109058200	109	2	57.544,13	-	-	-	77.875,93	137.119,84	-	-	-	-	-	-	-	-	23.076,37	-	23.076,37
109069100	109	2	110.535,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65.640,98	77.875,93	143.516,51
109093300	109	2	38.016,36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120.088,36	-	120.088,36
109121100	109	2	178.395,87	-	-	-	44.301,96	55.439,37	-	-	-	-	-	-	-	-	43.365,52	-	43.365,52
109121200	109	2	128.533,38	-	-	-	18.944,32	23.744,80	-	-	-	-	-	-	-	-	203.463,16	44.301,96	247.765,12
109121400	109	2	157.506,07	-	-	-	26.053,34	30.042,84	-	-	-	-	-	-	-	-	146.018,90	18.944,32	165.963,22
109142100	109	2	220.348,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	179.668,25	26.053,34	205.721,59
109203000	109	2	114.964,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	252.037,17	-	252.037,17
109280000	109	2	151.955,85	-	-	-	28.320,73	33.367,92	-	-	-	-	-	-	-	-	131.140,68	28.320,73	159.461,41
109290000	109	2	170.498,68	-	-	-	45.327,17	52.582,23	-	-	-	-	-	-	-	-	173.337,07	45.327,17	218.664,24
109518000	109	2	92.668,90	-	-	-	42.553,66	47.491,33	-	-	-	-	-	-	-	-	194.488,96	42.553,66	237.042,86
110100101	110	2	299.159,04	-	-	-	21.128,41	25.679,02	-	-	-	-	-	-	-	-	105.708,04	21.128,41	126.836,45
110100201	110	2	81.880,41	-	-	-	78.289,94	99.143,66	-	-	-	-	-	-	-	-	341.252,75	78.289,94	419.542,69
110100401	110	2	102.518,89	-	-	-	19.279,46	27.894,31	-	-	-	-	-	-	-	-	93.401,54	19.279,46	112.681,00
110100701	110	2	162.994,73	-	-	-	283.244,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116.943,77	-	116.943,77
110100901	110	2	63.138,68	-	-	-	13.287,14	14.706,79	-	-	-	-	-	-	-	-	185.929,20	208.939,45	394.868,65
110101001	110	2	332.338,89	-	-	-	81.733,68	95.022,49	-	-	-	-	-	-	-	-	72.022,72	13.287,14	85.309,86
110200101	110	2	113.735,84	-	-	-	38.665,17	50.455,94	-	-	-	-	-	-	-	-	379.107,23	81.733,68	460.834,81
110201001	110	2	68.235,49	-	-	-	83.344,81	45.631,37	-	-	-	-	-	-	-	-	129.739,25	38.655,17	168.394,42
110300601	110	2	83.748,58	-	-	-	19.891,12	20.403,56	-	-	-	-	-	-	-	-	77.638,89	48.531,37	123.369,06
110300701	110	2	52.534,68	-	-	-	9.843,53	12.287,86	-	-	-	-	-	-	-	-	95.532,57	19.891,12	115.223,69
111010810	111	2	517.531,05	-	-	-	97.527,46	94.639,02	-	-	-	-	-	-	-	-	59.926,67	69.770,20	731.302,52
111010910	111	2	179.860,32	-	-	-	56.008,81	60.938,91	-	-	-	-	-	-	-	-	205.167,78	56.008,81	261.176,59
111011110	111	2	28.450,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	171.516,55	-	171.516,55
111051020	111	2	95.879,15	-	-	-	20.510,56	55.507,56	-	-	-	-	-	-	-	-	32.453,47	32.422,18	64.875,65
111071050	111	2	322.264,34	-	-	-	59.276,94	69.578,32	-	-	-	-	-	-	-	-	109.370,00	20.510,56	129.890,56
111071150	111	2	235.568,23	-	-	-	67.811,56	69.014,01	-	-	-	-	-	-	-	-	367.609,12	59.276,94	426.886,06
111081160	111	2	60.073,41	-	-	-	24.920,20	1.740,30	-	-	-	-	-	-	-	-	288.714,28	67.811,56	336.525,84
111081360	111	2	68.342,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68.526,15	26.060,50	95.186,65
111081460	111	2	74.028,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77.859,13	-	77.859,13
111081560	111	2	285.377,78	-	-	-	17.922,30	19.760,08	-	-	-	-	-	-	-	-	84.444,57	17.922,33	102.366,90
111081660	111	2	201.666,25	-	-	-	37.257,95	17.102,84	-	-	-	-	-	-	-	-	902.718,24	36.823,38	339.541,60
111090460	111	2	15.075,31	-	-	-	18.528,78	19.480,88	-	-	-	-	-	-	-	-	230.042,06	64.760,95	294.803,01
111090960	111	2	8.434,10	-	-	-	817,01	1.355,82	-	-	-	-	-	-	-	-	9.620,84	917,01	10.537,85

CODICE STRUTTURA	ASL	TRAP	ALTR. PRESTAZ.			FKTI			LASI			RMNI 3003	RMNI 3004	BUDGET ALTR. PRESTAZIONI (2003 + 3% + 2,5%)	BUDGET TOTALE FKTI - LASI - RMNI (1+2+3+2004)	TOTALE BUDGET STRUTTURA
			2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005					
111091060	111	2	60.677,36	11.874,29	13.270,33	-	-	-	11.874,29	13.270,33	11.874,29	69.215,08	11.874,29	81.089,37		
111111030	111	2	148.868,88	52.560,25	52.065,30	-	-	-	52.560,25	52.065,30	52.065,30	187.521,82	52.065,30	219.587,12		
111112230	111	2	265.713,92	349.453,00	392.576,36	-	-	-	349.453,00	349.453,00	349.453,00	303.101,88	349.453,00	652.554,68		
111112330	111	2	15.537,73	4.195,63	3.798,78	-	-	-	4.195,63	3.798,78	3.798,78	18.864,70	3.798,78	22.663,48		
111112430	111	2	83.181,20	275.271,50	220.750,39	-	-	-	1.945,57	3.007,54	657.477,06	220.750,39	94.082,65	315.832,94		
111112530	111	2	617.102,09	101.500,18	100.501,65	-	-	-	91.790,93	100.891,46	1.419.017,51	703.932,55	715.084,96	1.419.017,51		
111112630	111	2	319.081,02	-	-	-	-	-	70.656,79	80.101,02	759.057,41	364.062,31	91.700,03	456.363,24		
111112830	111	2	665.427,27	-	-	-	-	-	107.705,07	127.119,07	-	759.057,41	70.656,79	829.714,20		
111112930	111	2	78.023,67	-	-	-	-	-	278.849,95	321.186,03	-	1.032.960,24	107.705,07	196.707,20		
111113030	111	2	905.535,27	-	-	-	-	-	111.141,06	-	-	1.032.960,24	278.849,95	1.311.810,19		
111113130	111	2	114.270,68	-	-	-	-	-	130.348,34	-	-	130.348,34	-	130.348,34		
111113230	111	2	209.537,66	-	-	-	-	-	239.021,02	-	-	239.021,02	-	239.021,02		
111113330	111	2	72.779,11	-	-	-	-	-	83.019,63	-	-	83.019,63	-	101.856,82		
111113430	111	2	196.772,92	-	-	-	-	-	71.716,20	87.083,81	-	224.460,21	71.716,20	296.178,41		
111113530	111	2	144.690,49	-	-	-	-	-	48.420,04	63.442,94	-	165.049,43	48.420,04	213.469,47		
111114030	111	2	279.706,24	311.459,60	286.358,11	-	-	-	78.991,81	87.338,93	-	319.082,81	286.358,11	605.420,92		
111140560	111	2	258.084,10	-	-	-	-	-	18.910,11	25.398,97	-	294.398,29	78.991,81	373.380,10		
111140660	111	2	101.896,70	-	-	-	-	-	116.222,85	18.910,11	-	116.222,85	18.910,11	135.132,96		
111141060	111	2	55.770,36	-	-	-	-	-	63.817,63	-	-	63.817,63	-	63.817,63		
111170140	111	2	173.308,29	-	-	-	-	-	39.865,65	45.946,97	-	197.892,94	39.865,65	237.569,59		
111240140	111	2	67.623,38	-	-	-	-	-	15.483,67	21.967,92	-	77.138,45	15.483,67	92.622,12		
111250230	111	2	60.417,77	-	-	-	-	-	10.278,78	14.678,59	-	75.763,20	10.278,78	86.041,98		
111270230	111	2	160.763,00	-	-	-	-	-	42.017,78	50.819,00	-	183.363,45	42.017,78	225.401,23		
111280140	111	2	106.906,49	-	-	-	-	-	44.092,50	56.342,48	-	121.948,96	44.092,50	166.041,46		
111321350	111	2	475.655,11	48.945,84	46.408,31	-	-	-	30.690,40	38.852,47	-	542.593,02	77.099,71	619.692,73		
111321450	111	2	54.300,90	118.193,42	169.284,37	-	-	-	35.253,61	41.902,73	-	61.941,41	118.193,42	180.134,83		
111321550	111	2	131.588,38	-	-	-	-	-	35.406,33	40.639,58	-	150.046,72	35.253,61	185.300,23		
111321650	111	2	135.852,50	-	-	-	-	-	12.585,74	-	-	12.585,74	-	12.585,74		
111321750	111	2	11.033,28	-	-	-	-	-	95.570,37	108.089,18	-	379.639,84	95.570,37	475.219,21		
111321850	111	2	332.811,06	-	-	-	-	-	75.092,43	80.910,98	-	280.398,59	75.092,43	355.491,02		
112500409	112	2	245.811,27	-	-	-	-	-	41.187,54	40.594,09	-	460.419,25	56.703,08	517.122,33		
112501010	112	2	403.626,29	16.108,99	68.800,75	-	-	-	97.538,00	111.261,64	-	362.193,93	07.638,00	469.731,93		
112501107	112	2	317.517,11	-	-	-	-	-	67.311,10	64.272,40	-	189.194,16	57.311,10	246.505,26		
112501304	112	2	165.856,96	-	-	-	-	-	8.064,65	9.785,47	-	46.553,27	8.964,65	55.517,92		
112501407	112	2	40.810,90	-	-	-	-	-	17.213,76	23.536,14	-	90.328,51	17.213,76	107.542,27		
112501610	112	2	70.186,44	-	-	-	-	-	38.483,89	41.585,62	-	197.973,19	38.483,89	236.457,08		
112502101	112	2	173.553,09	-	-	-	-	-	37.223,49	110.262,32	-	331.769,47	97.223,38	428.992,85		
112502304	112	2	290.845,53	-	-	-	-	-	55.743,80	54.838,25	-	285.968,00	54.838,25	340.806,25		
112502407	112	2	250.693,69	-	-	-	-	-	27.177,94	26.720,26	-	150.446,10	25.720,26	176.166,36		
112502501	112	2	131.888,40	-	-	-	-	-	17.478,08	-	-	17.478,08	-	17.478,08		
112503005	112	2	15.322,15	-	-	-	-	-	15.222,28	17.824,18	-	138.503,03	15.222,28	153.725,31		
112503310	112	2	121.418,61	-	-	-	-	-	30.453,64	30.697,53	-	122.829,50	30.453,64	153.383,04		
112503403	112	2	107.766,08	-	-	-	-	-	53.711,58	41.784,15	-	226.869,44	774.210,90	1.000.769,40		
112503610	112	2	198.821,98	-	-	-	-	-	12.163,74	17.062,72	-	66.024,34	12.163,74	78.178,08		
112504007	112	2	57.880,20	-	-	-	-	-	17.069,32	23.328,67	-	98.564,85	109.610,79	208.175,64		
112504303	112	2	84.995,20	-	-	-	-	-	86.400,98	97.067,24	-	96.954,60	114.023,92	398.750,80		
112504603	112	2	272.068,09	-	-	-	-	-	41.326,92	152.453,34	-	41.326,92	152.453,34	193.980,26		
112505610	112	2	36.404,55	152.453,34	202.432,87	-	-	-	310.349,92	86.400,88	-	310.349,92	86.400,88	398.750,80		
112505704	112	2	193.255,68	-	-	-	-	-	229.448,07	-	-	229.448,07	-	220.448,07		
112505910	112	2	203.783,58	1.727,43	26.750,35	-	-	-	232.457,32	-	-	232.457,32	-	234.184,75		
112506207	112	2	244.320,98	-	-	-	-	-	278.698,60	-	-	278.698,60	-	344.177,18		
112506309	112	2	58.869,29	-	-	-	-	-	64.871,19	12.143,57	-	64.871,19	12.143,57	77.014,76		
112506404	112	2	182.632,13	-	-	-	-	-	42.270,13	54.762,95	-	208.320,71	42.270,13	250.599,84		

Regolamentazione dell'attività di assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento

Nell'ambito del livello di assistenza distrettuale 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 consentirà una più approfondita valutazione del livello di appropriatezza nei diversi regimi assistenziali quando saranno disponibili le informazioni complete relative all'anno 2004 da utilizzare per il sistema di remunerazione dell'anno 2006.

L'apposita Commissione tecnica istituita ai sensi della DGR 602/2004 per definire 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" e per problematiche specifiche legate all'età evolutiva, ha presentato l'unito documento che forma parte integrante del presente allegato. Il controllo circa la rispondenza dei progetti riabilitativi ai nuovi criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale sarà attuato con i progetti che avranno avvio dal mese di ottobre 2005.

L'attività di valutazione diagnostica - nei casi in cui non determinerà la formulazione di un progetto riabilitativo - sarà remunerata alle strutture erogatrici in base al numero degli accessi effettuati, avendo a riferimento - quale numero massimo - quello previsto nel documento per le diverse patologie. I singoli accessi per la valutazione saranno remunerati con la tariffa prevista per l'attività riabilitativa ambulatoriale estensiva lieve (€ 15,49).

L'ASP provvederà ad apportare le conseguenti necessarie modifiche al sistema informativo dedicato.

10.1 Sistema di remunerazione dei progetti di assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento in regime ambulatoriale per soggetti ≥ 18 anni.

Per l'anno 2005 si conferma - solo per le "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e gli "esiti di traumatismi" - quale strumento standardizzato di valutazione dei singoli progetti riabilitativi al fine di indirizzarne l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, la durata mediana, diversificata per grado di autosufficienza, per modalità di intervento e impegno riabilitativo, indicata nella tabella 1.

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.

10.2 Sistema di fatturazione e procedure di liquidazione e di pagamento.

L'unito protocollo d'intesa che forma parte integrante del presente allegato, sottoscritto dall'Assessore regionale alla Sanità pro tempore e dalle Associazioni rappresentative delle strutture erogatrici, definisce il sistema di fatturazione delle prestazioni erogate nell'anno 2005 nonché la percentuale di finanziamento garantito mensilmente dalla Regione.

Le procedure di liquidazione delle fatture mensili rimangono nella competenza delle ASL sul cui territorio insistono le strutture erogatrici mentre il di pagamento delle stesse resta accentrato presso l'Azienda ospedaliera S.Giovanni – Addolorata ed avverrà entro il 90° giorno dalla data di emissione.

10.3 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.



Mediana
osteomuscolari.doc



Criteri di accesso.doc



Protocollo Intesa

Durata prevista mediana progetto riabilitativo per indice di Barthel all'ingresso, modalità di intervento ed impegno riabilitativo - Anno 2004

(Gruppi diagnostici: Patologie osteomuscolari e del tessuto conn. ed esiti di traumatismi)

Indice di Barthel all'inizio del progetto	MODALITA' DI INTERVENTO	IMPEGNO RIABILITATIVO	N Oss	Mediana
Autosufficiente (100)	Estensiva	Elevato	48	90
		Medio	368	52
		Lieve	203	73
	Mantenimento	Elevato	133	51
		Medio	430	47
		Lieve	360	70
Quasi autosufficiente (91-99)	Estensiva	Elevato	52	80
		Medio	555	60
		Lieve	149	60
	Mantenimento	Elevato	269	60
		Medio	839	56
		Lieve	326	60
Dipendenza lieve (75-90)	Estensiva	Elevato	128	90
		Medio	467	60
		Lieve	238	60
	Mantenimento	Elevato	355	60
		Medio	678	56
		Lieve	232	57
Dipendenza moderata (50-74)	Estensiva	Elevato	118	90
		Medio	140	74
		Lieve	35	111
	Mantenimento	Elevato	180	90
		Medio	205	69
		Lieve	78	76
Dipendenza grave (25-49)	Estensiva	Elevato	54	90
		Medio	45	90
		Lieve	26	106
	Mantenimento	Elevato	68	90
		Medio	80	90
		Lieve	30	90
Dipendenza completa (0-24)	Estensiva	Elevato	37	90
		Medio	26	136
		Lieve	15	127
	Mantenimento	Elevato	46	149
		Medio	31	90
		Lieve	27	78



Agenzia di
Sanità Pubblica



Regione Lazio

**Indicazioni per l'accesso ai trattamenti
riabilitativi estensivi e di mantenimento
in regime non residenziale ambulatoriale**

(DGR n. 602/2004)

22 giugno 2005

A cura del Gruppo Tecnico Regionale

- R. Bornago** (Direzione SSR Assessorato alla Sanità)
R. De Giuli (ASP Lazio)
D. Di Lallo (ASP Lazio)
R. Gatti (Associazione ARIS)
R. Giannini (Dipartimento Interaziendale Medicina Fisica e Riabilitazione e delle Mielolesioni
ASL RMC/RMD)
M. L. Giarrizzo (ASP Lazio)
F. Migliore (Associazione FOAI)
F. Provenzano (Dipartimento Interaziendale Medicina Fisica e Riabilitazione ASL
RMA/RME)
C. Puglisi (Sezione regionale Società Scientifica SIMFER)
L. Totonelli (Sezione regionale Società Scientifica SINPIA)
M. Zazza (Coordinamento regionale operatori della riabilitazione: AIFI Lazio, ARLL,
AITO, AITNE)

Il gruppo di lavoro, nella stesura del documento, si è avvalso della consulenza di esperti esterni riportati nell'Allegato 1.

INDICE

Introduzione	pag. 3
Ritardi Specifici dello Sviluppo	pag. 6
<i>Disturbi specifici dello Sviluppo del Linguaggio (DSL)</i>	pag. 6
<i>Disturbi specifici di Apprendimento (DSA)</i>	pag. 14
<i>Disturbi specifici della Coordinazione Motoria</i>	pag. 25
Paralisi Cerebrale Infantile	pag. 29
Scoliosi idiopatica in età evolutiva	pag. 33
Patologie Osteomuscolari in età adulta	pag. 36
Allegato 1	pag. 42

INTRODUZIONE

Il percorso di cura di una persona con disabilità passa attraverso un insieme complesso di attività ed interventi erogati in modo multidisciplinare integrato ed in regimi assistenziali differenti.

Nell'attuale organizzazione sanitaria della Regione Lazio coesistono due possibili percorsi riabilitativi ambulatoriali per persone disabili:

- riabilitazione estensiva e di mantenimento, erogata prevalentemente dai Centri di Riabilitazione ex art.26, L. n. 833/1978;
- riabilitazione specialistica ai sensi del D.M. Sanità 22.07.1996 e di quanto previsto dai LEA (così come recepiti dalla vigente normativa regionale), erogata dai Presidi ambulatoriali pubblici o privati accreditati (ex art. 48, L. 833 n. 78).

Nel Lazio l'attività riabilitativa estensiva e di mantenimento viene prevalentemente erogata da strutture private accreditate ed in misura minore dai Servizi Disabilità Adulti e dai Servizi Tutela Salute Mentale e Riabilitativa in Età Evolutiva delle ASL.

La D.G.R. n. 398/2000 ha definito l'attività riabilitativa **estensiva** come "attività assistenziale complessa per pazienti che hanno superato la eventuale fase di acuzie e di immediata postacuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito" e quella **di mantenimento** come "attività di assistenza rivolta a pazienti affetti da esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenere il deterioramento".

Dal 1° gennaio 2003 è attivo nella Regione Lazio il Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR) che raccoglie le informazioni relative ai progetti riabilitativi realizzati nei Centri di riabilitazione ex art. 26.

Dall'analisi dei risultati del SIAR risulta che i trattamenti sono prevalentemente erogati in regime ambulatoriale e che le patologie oggetto di intervento sono estremamente differenziate. In particolare, tra gli adulti, è maggiormente rappresentato il gruppo delle *patologie osteomuscolari ed esiti di traumasmi* mentre per l'età evolutiva più frequenti risultano i *disturbi specifici dello sviluppo* e le *deviazioni della colonna vertebrale*.

L'accesso ai Centri di riabilitazione avviene sulla base di specifica proposta del Medico di Medicina Generale, del Pediatra di Famiglia, del Medico ospedaliero o specialista convenzionato o di altri servizi della ASL, così come previsto dalla normativa vigente. Il Centro accreditato sottopone ai competenti servizi delle ASL, entro 20 giorni dalla presa in carico, il progetto riabilitativo individuale elaborato e lo avvia, salvo motivato parere difforme della ASL stessa¹.

I progetti relativi a persone in età evolutiva vengono elaborati in accordo con i competenti Servizi della ASL di residenza del singolo paziente.

Tutti i progetti, entro 20 giorni dall'attivazione, vengono notificati al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa.

Al fine di migliorare la qualità della fase di valutazione della disabilità e conseguentemente l'appropriatezza dell'accesso al progetto riabilitativo, la Regione Lazio con DGR n. 602 del 9 luglio 2004 ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dalla Direzione regionale SSR e dall'Agenzia di Sanità Pubblica, per la definizione dei **criteri clinici per l'accesso** all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale. In tempi successivi il gruppo di lavoro elaborerà i criteri clinici di accesso ai Centri di Riabilitazione per altre patologie nonché, su specifica richiesta degli Organi regionali, fornirà indicazioni sull'appropriatezza del trattamento riabilitativo e sulla gestione della fase di dimissione.

Il presente documento, frutto del lavoro congiunto di esperti del settore, non affronta l'insieme delle disabilità trattate dai Centri di riabilitazione, ma solamente quelle derivate da patologie per le quali esiste un maggiore consenso rispetto agli strumenti di valutazione e che, sulla base dei dati del SIAR, sono risultate più frequenti fra i progetti ambulatoriali. Nello specifico, sono stati considerati:

- età < 18 anni:
 - Ritardi Specifici dello Sviluppo* (codice ICD 9-CM 315)
 - Paralisi Cerebrale Infantile* (codice ICD 9-CM 343)
 - Scoliosi Idiopatica* - in età evolutiva (codice ICD9-CM 737.3)

- età ≥ 18 anni:
 - Patologie Osteomuscolari* - in età adulta (codici ICD9-CM 715, 710-719, 721-724, 905)

¹ cfr. Circolare Assessorato per le politiche della Sanità (Arca 10a) - 26.02.2001 n. 961/862

Il documento è articolato in capitoli, ognuno dei quali riporta la *definizione* della patologia trattata, l'esplicitazione dei *criteri clinici di accesso* che giustificano l'avvio di un progetto riabilitativo ambulatoriale di tipo estensivo o di mantenimento e l'indicazione degli *strumenti standardizzati* da utilizzare nella fase valutativa propedeutica alla presa in carico.

BB

RITARDI SPECIFICI DELLO SVILUPPO

Nella "Classificazione Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle Procedure diagnostiche e terapeutiche" (ICD) versione italiana della 9^a revisione – Clinical Modification, i "Ritardi Specifici dello Sviluppo" sono indicati con il codice **315** e comprendono:

- *Disturbo specifico della lettura* (315.0) e sue articolazioni (315.00-315.09)
- *Disturbo specifico delle abilità aritmetiche* (315.1)
- *Altre difficoltà specifiche dell'apprendimento* (315.2)
- *Disturbi evolutivi dell'eloquio e del linguaggio* (315.3) e sue articolazioni (315.31-315.39)
- *Disturbo della coordinazione motoria* (315.4)
- *Disturbi misti dello sviluppo* (315.5)
- *Altri ritardi specificati dello sviluppo* (315.8)
- *Ritardo non specificato dello sviluppo* (315.9)

Tale classificazione non risponde pienamente alle esigenze diagnostiche dell'età evolutiva pertanto, per una migliore definizione delle patologie, nel presente documento viene utilizzata la classificazione della 10^a revisione ICD (comparata a quella del DSM-IV).

Disturbi Specifici dello Sviluppo del Linguaggio

Definizione

Perché si parli di Disturbo Specifico del Linguaggio (DSL) devono sussistere i seguenti criteri:

- discrepanza tra sviluppo del linguaggio ed altri aspetti dello sviluppo cognitivo: deve esserci almeno una deviazione standard (1DS) di scarto tra abilità verbali e Quoziente Intellettivo (QI) non-verbale [Aram (1993) suggerisce almeno 1DS tra QI-non verbale e punteggio nelle varie prove linguistiche];

- evidente associazione tra il ritardo di linguaggio (e una compromissione del funzionamento sociale o scolastico [Aram (1993) suggerisce Lunghezza Media dell'Enunciato (LME) inferiore di 1DS rispetto all'età];
- esclusione di una diagnosi di Disturbo Pervasivo di Sviluppo (DPS).

La tipologia di DSL può essere definita sulla base del profilo evolutivo individuale, con differenziazione dei tre sottotipi previsti dai sistemi di classificazione ICD10 e DSM-IV.

Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio (F80.0 ICD10/DSM-IV)
(Distalia; Disturbo fonologico evolutivo)

In tale disturbo l'uso dei suoni verbali è al di sotto del livello appropriato all'età mentale, ma in presenza di un normale livello delle abilità linguistiche.

- La capacità di ARTICOLARE SUONI VERBALI, valutata con test standardizzato, è 2 DS al di sotto del *livello appropriato per l'età* del bambino.
- La capacità di ARTICOLARE SUONI VERBALI è 1 DS al di sotto del *QI non verbale*, valutato con test standardizzato.
- L'Espressione (Produzione verbale) e la Comprensione del linguaggio, valutate con test standardizzati, sono adeguate (entro il limite di 2 DS per l'età).

Disturbo del linguaggio espressivo (F80.1 ICD10/DSM-IV)
(Disfasia evolutiva, di tipo espressivo)

In tale disturbo la capacità di esprimersi tramite il linguaggio è marcatamente al di sotto del livello appropriato all'età mentale, ma la comprensione del linguaggio è nei limiti normali.

Vi possono essere o meno anomalie nell'articolazione.

- La capacità di ESPRIMERSI CON IL LINGUAGGIO, valutata con test standardizzato, è 2 DS al di sotto del *livello appropriato per l'età* del bambino.
- La capacità di ESPRIMERSI CON IL LINGUAGGIO è 1 DS al di sotto del *QI non verbale*, valutato con test standardizzato.
- La Comprensione del linguaggio, valutata con test standardizzato, è adeguata (entro il limite di 2 DS per l'età).

Disturbo della comprensione del linguaggio (F80.2 ICD10/DSM-IV)
(*Disfasia ricettiva evolutiva; sordità verbale*)

In tale disturbo la comprensione del linguaggio è al di sotto del livello appropriato all'età mentale. In quasi tutti i casi anche l'espressione del linguaggio è disturbata e la produzione di suoni verbali anomala (disturbo misto di espressione e comprensione del linguaggio).

- La capacità di **COMPRESIONE DEL LINGUAGGIO**, valutata con test standardizzato, è 2 DS al di sotto del *livello appropriato per l'età del bambino*.
- La capacità di **COMPRESIONE DEL LINGUAGGIO** è 1 DS al di sotto del **QI non verbale**, valutato con test standardizzati.

Criteri Clinici di Accesso

All'interno di ciascuna tipologia di disturbo sopra descritta, costituiscono criterio di priorità per l'indicazione al trattamento, l'età del soggetto, la presenza di disturbi emozionali o comportamentali associati e l'entità della compromissione del disturbo linguistico, tenendo conto, per quest'ultimo punto di:

- *pervasività* del disturbo (numero di aree linguistiche colpite: Fonologia, Lessico, Morfologia, Sintassi, Pragmatica, valutate sia in Produzione sia in Comprensione verbale);
- "*gravità*": grado di compromissione delle varie aree linguistiche ("discrepanza" in rapporto al livello appropriato per l'età e al livello cognitivo non-verbale, espressa in numero di Deviazioni Standard, centili, ecc.).

Di seguito, si riportano dettagliatamente i criteri di accesso che tengono conto dell'età, della tipologia del disturbo, dell'entità della compromissione linguistica e dei disturbi associati.

Relativamente al disturbo *della comprensione del linguaggio*, esiste un ampio consenso sulla necessità di trattarlo urgentemente in tutte le fasce di età prescolare (dai 2 ai 6 anni).

Oltre i 6 anni la decisione se, e come, iniziare un trattamento, dipenderà dall'analisi della gravità del disturbo, dalla organizzazione cognitiva,

neuropsicologica e affettiva del soggetto e dei precedenti interventi riabilitativi effettuati.

Rispetto al *disturbo del linguaggio espressivo*, i dati in letteratura sulle indicazioni al trattamento sono meno concordi (Paul, 1996; 2000; Rescorla, 1997), è però possibile fornire alcuni criteri, sostenuti anche dal consenso tra clinici che si occupano dei DSL.

Per i bambini con età comprese fra i 24 e i 36 mesi il trattamento è indicato:

- quando il bambino presenta a 24 mesi un vocabolario inferiore alle 8 parole;
- quando il bambino presenta, a 30 mesi, un vocabolario inferiore alle 50 parole e l'assenza di una struttura nucleare sintattica (frase perno nome, PN);
- negli altri casi (vocabolario a 24 mesi tra le 8 e le 50 parole; a 30 mesi frase PN), si consiglia un attento monitoraggio dello sviluppo.

Per i bambini con età compresa fra i 3 e i 4 anni il trattamento è indicato:

- quando il disturbo nella produzione verbale, valutato in base alla "discrepanza" di almeno 1 DS tra QI non-verbale e punteggio nelle prove "linguistiche" di produzione verbale, oppure alla MLU inferiore di almeno 1 DS rispetto all'età, è associato a disturbo emozionale o comportamentale;
- quando la compromissione della produzione verbale è "grave": discrepanza superiore alle 2 DS; MLU inferiore di almeno 2 DS rispetto all'età;
- quando la compromissione della produzione verbale è "pervasiva": le aree linguistiche compromesse (vocabolario, morfologia, sintassi) sono molteplici.

Per i bambini fra i 4 e i 5 anni il trattamento è indicato:

- quando presentano una produzione verbale, valutata con test standardizzati, inferiore a 2 DS dal livello appropriato per l'età e inferiore ad almeno 1 DS dal QI non-verbale, in almeno un'area linguistica (lessico, morfologia, sintassi).

Poiché molti test disponibili in italiano forniscono dati normativi espressi in centili, età media di acquisizione, ecc., si considerano equivalenti.

Relativamente al *disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio*, i dati in letteratura riguardo all'indicazione riabilitativa sono controversi, anche in considerazione dell'ampia variabilità dell'età di acquisizione della capacità di articolare adeguatamente i suoni.

Il trattamento riabilitativo è comunque indicato:

- al di sotto dei 4 anni, quando la caduta nell'abilità di produzione fonologica sia di almeno un anno rispetto l'età di acquisizione media e sia stata valutata la non modificazione spontanea della competenza fonologica in un periodo di almeno sei mesi;
- dai 4 anni, quando la capacità di articolare i suoni verbali, valutata con test standardizzato, sia di almeno 2 DS (o equivalenti in centili, ecc.) al di sotto del livello appropriato per l'età e di almeno 1 DS al di sotto del QI non verbale.

Strumenti di valutazione diagnostica

Gli strumenti di valutazione di seguito proposti sono complessivamente compatibili tra di loro e possono essere utilizzati in alternativa.

Per la valutazione del livello cognitivo

- Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI, 1973)
- Leiter International Performance Scale (LEITER, 1980)
- Leiter International Performance Scale – Revised (LEITER –R, 1997)
- Stanford-Binet Intelligence Scales

Per la valutazione dello sviluppo del linguaggio

- Test Valutazione del Linguaggio (TVL, 4-6 anni), 1997
- Test Primo Linguaggio AXIA (TPL, 2-3 anni), 1995

Per la valutazione dello sviluppo fonologico

- Prove per valutazione Fonologica del Linguaggio Infantile (Test PFLI, 2-5 anni), 2004
- Test di valutazione dell'articolazione (2-5 anni), 1983

Per la valutazione dello sviluppo lessicale

- Questionario Primo Vocabolario del Bambino (PVB), 1995
- Peabody Test di Vocabolario Recettivo (PPVT-R, 2,5-18 anni), 2000
- Boston Naming Test (espressivo) (6-10 anni)

- Naming – Test di denominazione (4,6-10 anni)

Per la valutazione dello sviluppo sintattico

Produzione

- Lunghezza Media Enunciato (MLU) nella lingua italiana
- Test ripetizione frasi di Zardini –Vender, 1981

Comprensione

- Test Comprensione Grammaticale dei bambini (TCGB)
- Prove di Valutazione della comprensione linguistica (3-7 anni), 1994

RB

Bibliografia

- ARAM DM, MORRIS R, HALL NE Clinical and research congruence in identifying children with specific language impairment. *J Speech Hear Res.* 1993; 36:580-591
- ARAM DM, KWIATKOWSKI J, SHRIEBERG LD Developmental apraxia of speech: II. Toward a diagnostic marker. *J Speech Lang Hear Res.* 1997; 40: 286-312
- ARAM DM, BATES E, THAL D, EISELE J, NASS R, TRAUNER D, From first words to grammar in children with focal brain injury. *Dev Neuropsychol.* 1997; 13: 239-274
- BISHOP D. Speech and language difficulties. In RUTTER M, TAYLOR E, *Child and adolescent Psychiatry.* London: Blackwell Science, 1994 (Fourth Edition, 2002)
- PAUL R, Clinical implications of the natural history of slow expressive language development. *Am J Speech Lang Pathol.* 1996; 5: 5-30
- PAUL R, Literal and discourse approaches to comprehension assessment. *Semin Speech Lang.* 2000; 21: 247-255.
- RAPIN I, ALLEN DA, DUNN MA Developmental language disorders. In Rapin I, Segalowitz SI (eds) *Handbook of neuropsychology vol.7* Amsterdam Elsevier 1992; 111- 137
- RAPIN I, Practitioner review: developmental language disorders: a clinical update. *J Child Psychol Psychiatry.* 1996; 37: 643-55
- RESCORLA L, ROBERTS J, DAHLSGAARD K Late talkers at 2: Outcome at age 3. *J Speech Lang Hear Res.* 1997; 40:556-566
- TOPPELBERG C. SHAPIRO T. Language disorders: a 10-year research update review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39:143-152
- AXIA G, TPL. Test del Primo Linguaggio, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1995
- BORTOLINI U, Test PFLI. Prove per la valutazione fonologica del linguaggio infantile (2-5 anni), Ed. Del Cerro, Tirrenia (Pisa) 2004
- BRIZZOLARA D, Naming - Test di denominazione (4,6-10 anni), IRCCS Stella Maris Calambrone (Pisa)
- CASELLI MC, CASADIO P, Il primo vocabolario del bambino. Guida all'uso del questionario MacArthur per la valutazione della comunicazione e del linguaggio nei primi anni di vita, Ed. Franco Angeli, Milano, 1995
- CHILOSI AM, CIPRIANI P, Il bambino disfasico, Ed. Del Cerro, Tirrenia (Pisa), 1991

- CHILOSI AM, CIPRIANI P TCGB. Test di Comprensione Grammaticale per bambini, Ed. Del Cerro, Tirrenia (Pisa), 2000
- CIANCHETTI C, SANNIO FANCELLO G Test TVL. Valutazione del Linguaggio, Ed. Erickson, Trento, 1997
- CIPRIANI P, CHILOSI AM, BOTTARI P, PFANNER L L'acquisizione della morfosintassi in italiano. Fasi e processi, Unipress, Padova, 1993
- RUSTIONI D, Prove di Valutazione della comprensione linguistica (3-7 anni), Organizzazioni Speciali (O.S.) Firenze, 1994
- STELLA G, ZIZZOLI C, TRESSOLDI P Peabody Test di Vocabolario Recettivo (PPVT-R, 2,5-18 anni) Ed. OMEGA, Torino, 2000
- LEITER, Leiter International Performance Scale, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1980
- LEITER-R, Leiter International Performance Scale – Revised, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1997
- Lunghezza Media Enunciato (MLU) nella lingua italiana. In Taeschner T, Volterra V, Strumenti di analisi per una prima valutazione del linguaggio infantile, Bulzoni, Roma, 1986
- STANFORD-BINET Intelligence Scales, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1968
- Test ripetizione frasi di Zardini-Vender. In Vender C, Borgia R et al, Un test di ripetizione frasi. Analisi delle performances di bambini normali. Neuropsichiatria Infantile, 1981; 243-244: 819-831
- Test di valutazione dell'articolazione (2-5 anni). In Fanzago F, Trattamento Logopedico delle dislalie e delle insufficienze verbo-faringee, Quaderni di Acta Phoniatica, Latina 1983; 2: 80-85
- WPPSI, Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1973

Disturbi Specifici di Apprendimento

Definizione

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) costituiscono delle disabilità specifiche dell'apprendimento, di origine neurobiologica, caratterizzate dalla difficoltà ad acquisire un controllo accurato e fluente del codice scritto². Anche se possono esistere singolarmente, i disturbi di lettura, scrittura e calcolo tendono ad associarsi nello stesso soggetto, seppure con diversi gradi di compromissione.

Si può effettuare diagnosi di DSA quando:

- sottoponendo il soggetto interessato a test standardizzati specifici e somministrati individualmente, si evidenzia un livello inferiore di almeno due deviazioni standard (2DS) ai risultati medi prevedibili in base all'età cronologica dello stesso, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza e ad una scolarizzazione adeguata;
- il disturbo è tale da incidere significativamente sull'apprendimento scolastico e sulle attività che richiedono l'impegno della competenza di lettura, espressione scritta e calcolo;
- il disturbo non è direttamente dovuto a difetti sensoriali non corretti.

I sistemi di classificazione nosologica internazionali (ICD10 e DSM-IV) individuano, con alcune differenze, tre diversi disturbi che possono anche coesistere tra di loro.

Disturbo di lettura (F81.0 DSM-IV)

Disturbo Specifico della Lettura (F81.0 ICD10)

(ritardo specifico nella lettura, dislessia evolutiva, difficoltà della competenza associata con un disturbo della lettura)

In questo tipo di disturbo, il livello raggiunto dalla lettura, come misurato da test standardizzati somministrati individualmente sulla precisione o sulla comprensione della lettura, è sostanzialmente al di sotto di quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica

² definizione modificata da: Lyon R.G., Shaywitz S.E., Shaywitz B.A. Defining Dyslexia, Comorbidity, Teachers Knowledge of language and reading: A definition of Dyslexia, *Annals of Dyslexia*, 53:1-14, 2004.

dell'intelligenza e a una istruzione adeguata all'età. L'anomalia descritta interferisce in modo significativo con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono la lettura. Se è presente un deficit sensoriale, le difficoltà di lettura vanno al di là di quelle di solito associate con esso.

Disturbo dell'espressione scritta (F81.8 DSM-IV)

Disturbo Specifico della Compitazione (F81.1 ICD10)

(ritardo specifico della compitazione, senza ritardo della lettura)

Altri Disturbi Evolutivi delle Abilità Scolastiche (F81.8 ICD10)

(disturbo evolutivo espressivo della scrittura)

In questo disturbo, le capacità di scrittura misurate con test standardizzati somministrati individualmente (o con valutazione funzionale delle capacità di scrittura) sono sostanzialmente inferiori rispetto a quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza e all'istruzione adeguata all'età. L'anomalia descritta interferisce notevolmente con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono la composizione di testi scritti (per es. scrivere frasi grammaticalmente corrette e paragrafi organizzati). Se è presente un deficit sensoriale, le difficoltà di scrittura vanno al di là di quelle di solito associate con esso.

Disturbo del calcolo (F81.2 DSM-IV)

Disturbo Specifico delle Abilità Aritmetiche (F81.2 ICD10)

(disturbo aritmetico evolutivo, sindrome di Gerstmann evolutiva, acalculia evolutiva)

In questo disturbo la capacità di calcolo misurata da test standardizzati somministrati individualmente è sostanzialmente al di sotto di quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza e a una istruzione adeguata all'età. L'anomalia descritta interferisce in modo significativo con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono la capacità di calcolo. Se è presente un deficit sensoriale, le difficoltà di calcolo vanno al di là di quelle di solito associate con esso.

**Disturbo di apprendimento non altrimenti specificato (F81.9 DSM-IV)
Disturbi misti delle capacità scolastiche (F81.3 ICD10)**

Questa tipologia di disturbo può includere problemi di tutte e tre le aree (lettura, calcolo ed espressione scritta) che insieme interferiscono in modo significativo nell'apprendimento scolastico, anche se le prestazioni ai test che valutano ciascuna singola capacità non è sostanzialmente al di sotto di quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza e a una istruzione adeguata all'età.

Criteria Clinici di Accesso

La letteratura internazionale è concorde nel sostenere che il DSA è un disturbo che tende a permanere, sia pure in maniera sfumata, nell'età adulta. Obiettivo del trattamento non è quindi la "guarigione", ma la riduzione dell'"*impairment*" secondario al deficit e la prevenzione dei disturbi (cognitivi e psicopatologici) secondari.

Tra i diversi interventi necessari per la gestione di un DSA l'intervento riabilitativo ha come scopo primario l'induzione di modalità o strategie di automatizzazione o di maggior controllo dei processi di lettura, scrittura, calcolo; in subordine la sollecitazione di strategie alternative di accesso ai contenuti veicolati dal testo scritto; in parallelo la riduzione dei deficit neuropsicologici che sottostanno e sostengono il disturbo.

Le variabili riconosciute in letteratura come implicate nella prognosi del DSA, e quindi nella valutazione della necessità/opportunità di intervento, sono la gravità del disturbo, l'età cronologica, l'organizzazione cognitiva, neuropsicologica, affettiva e comorbidità psicopatologica del soggetto.

Gravità del disturbo (indicatori di urgenza in età precoce, indicatori di inutilità in età avanzata):

- rapidità di lettura e scrittura inferiore a quella che consente un uso del codice scritto compatibile con l'età;
- presenza di errori che, per numero e/o tipologia, compromettono la comprensibilità di quanto viene letto o scritto;
- caduta nella comprensione della lettura;
- caduta contemporanea nella costruzione dei fatti aritmetici, nel controllo degli algoritmi del calcolo, nel conteggio e nella transcodifica;
- associazione di disturbo di lettura, scrittura e calcolo.

Età:

- prima degli 8 anni (in I e II elementare) si ha teoricamente la maggior efficacia dell'intervento, ma non è possibile distinguere con certezza un disturbo da un ritardo maturativo (per definizione ci deve essere un *gap* di almeno 18 mesi, i test di lettura sono attendibili alla fine della II elementare). Alcuni dati preliminari sembrano suggerire che la gravità del rallentamento delle acquisizioni sia un indicatore di Disturbo e quindi della necessità di intervento;
- entro i 10 anni l'intervento è sicuramente efficace nella riduzione dell'*impairment* nella maggior parte dei casi; per tutti è possibile ottenere una minore interferenza del Disturbo nell'apprendimento globale; è generalmente possibile ottenere una riduzione della comparsa di disturbi secondari;
- entro i 12 anni il disturbo di lettura/scrittura tende ad essere consolidato e quindi meno suscettibile di modifiche; la capacità di utilizzare il codice scritto come veicolo di apprendimento (comprensione della lettura e produzione di testi scritti) è invece proprio in questa fase ancora sensibile al trattamento riabilitativo. Nel caso della discalculia, può essere indicato il trattamento anche in questa età, soprattutto quando il disturbo si manifesta con marcate difficoltà nei compiti di transcodifica numerica;
- oltre i 12 anni l'intervento riabilitativo è generalmente inutile, ad eccezione che per la discalculia in cui può essere indicato il trattamento anche in età avanzate.

Organizzazione cognitiva e neuropsicologica:

- la presenza di esclusive difficoltà metafonologiche indica generalmente una prognosi migliore ed una maggior rapidità di modifica del quadro clinico attraverso un intervento mirato;
- la presenza di difficoltà linguistiche più ampie e/o di difficoltà visuo-spaziali o prassiche, nonché di un livello intellettuale inferiore, costituisce un criterio di urgenza, ma fa prevedere una durata maggiore dell'intervento.

Organizzazione affettiva e comorbidità psicopatologica:

- la presenza di problemi psicopatologici reattivi e/o non del tutto strutturati (ADHD, Disturbo d'Ansia, Disturbo Distimico, Disturbo Oppositivo-Provocatorio) costituisce un elemento di urgenza e di maggior indicazione all'intervento riabilitativo;

- la presenza di un disturbo psicopatologico strutturato e "invasivo" (DC, Depressione Maggiore) implica in genere la necessità di un intervento prioritario sul disturbo psichiatrico.

Tenendo conto dell'interazione fra i fattori su esposti, è possibile prevedere diversi percorsi riabilitativi per il DSA, che possono anche alternarsi nel tempo per uno stesso soggetto e che si differenziano secondo parametri di scansione temporale (intervento continuativo, intervento a cicli brevi) e dei contenuti (intervento mirato, intervento integrato).

La letteratura internazionale non offre indicazioni esaustive e complete sui criteri generali di efficacia dell'intervento. In base all'analisi dell'insieme degli studi pubblicati e con il sostegno di un forte consenso clinico possono essere formulate le seguenti indicazioni³:

Criteri di accesso tra i 6 ed i 7 anni (fine I elementare)

- **Letto-scrittura:** lettura sillabica o inferiore, scrittura per parole, o inferiore, con errori che deformano completamente la parola.
- **Calcolo:** errori nel conteggio progressivo fino al 20 e regressivo dal 10; difficoltà di lettura e scrittura di numeri ad una cifra.

Criteri di accesso tra i 7 e gli 8 anni (nel corso della II elementare)

- **Letto-scrittura:** lettura sillabica, scrittura sillabica, controllo di frasi di 3-4 parole, presenza di errori di sostituzione di fonemi o grafemi simili.
- **Calcolo:** errori nel conteggio progressivo fino al 30 e regressivo dal 20; difficoltà di lettura e scrittura di numeri a due cifre; difficoltà ad eseguire addizioni e sottrazioni entro la decina anche con le dita.
- La presenza di una diagnosi pregressa di DSL o di Disprassia costituisce indicazione all'intervento anche in presenza di difficoltà minori.

Criteri di accesso tra gli 8 e 10 anni

- **Letto-scrittura:** almeno un parametro (Rapidità e/o correttezza di lettura, Correttezza di scrittura, Scrittura dei numeri o calcolo) al di sotto

³ Poiché gli strumenti diagnostici permettono una diagnosi categoriale solo al termine della II elementare, per la fascia d'età precedente vengono forniti criteri descrittivi.

di 2 DS (o al di sotto del 5° centile) dalle attese per l'età; se sono interessati più parametri è sufficiente una caduta di 1,5 DS.

- La presenza di una caduta in Comprensione della Lettura costituisce un elemento di maggiore urgenza del trattamento, anche in presenza di cadute in correttezza o rapidità tra 1 e 2 DS.
- **Calcolo:** errori nella lettura, scrittura e ripetizione di numeri, nel conteggio seriale all'indietro, nel recupero dei fatti aritmetici.

Criteria di accesso tra i 10 ed i 12 anni (termine I media)

- **Letto-scrittura** permanenza di cadute in rapidità o correttezza di lettura e/o scrittura, e/o correttezza nel calcolo al di sotto di 2 DS. La presenza di una caduta in Comprensione della Lettura costituisce un elemento di maggiore urgenza del trattamento, anche in presenza di cadute in correttezza o rapidità tra 1,5 e 2 DS.
- **Calcolo:** errori nella lettura, scrittura e ripetizione di numeri, nel conteggio seriale all'indietro, nel recupero dei fatti aritmetici, nell'esecuzione di calcoli scritti, con prestazioni al di sotto di 2 DS dalle attese per la classe frequentata. La sola difficoltà nel recupero dei fatti aritmetici non costituisce indicazione sufficiente per il trattamento.

Criteria di accesso dopo i 12 anni:

- **Letto-scrittura:** solamente per soggetti mai trattati, in presenza di cadute superiori alle 2 DS, di una caduta metafonologica focale ed in assenza di difficoltà linguistiche o prassiche significative.
- **Calcolo:** in presenza di discalculia, prestazioni al di sotto di 2 DS dalle attese per la I Media in compiti di transcodifica numerica e/o nel controllo ed applicazione degli algoritmi di risoluzione.

Strumenti di valutazione diagnostica

Per la valutazione diagnostica è indispensabile somministrare un test di livello intellettivo e almeno una delle prove standardizzate di lettura, scrittura e calcolo indicate di seguito. Gli strumenti proposti sono complessivamente compatibili tra di loro, e possono essere utilizzati in alternativa.



Per la valutazione del livello cognitivo

- Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI, 1973)
- Wechsler Intelligence Scale For Children - Revised (WISC-R, 1986)
- Leiter International Performance Scale (LEITER,1980)
- Leiter International Performance Scale – Revised (LEITER –R , 1997)
- Coloured Progressive Matrices PM47 (1984)

Per la valutazione delle Abilità di lettura

- Prove di lettura MT per la Scuola Elementare – 2
- Nuove prove di lettura MT per la Scuola Media Inferiore
- Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva
- Prove avanzate MT di Comprensione nella Lettura
- Prove di Metacomprendione

Per la valutazione delle abilità di scrittura

- Batteria per la Valutazione della Scrittura e della Competenza Ortografica nella Scuola dell'Obbligo
- Le difficoltà di apprendimento della lingua scritta
- Valutazione delle abilità di scrittura

Per la valutazione delle abilità di calcolo

Strumenti basati su un modello neuropsicologico

- Valutazione delle abilità di calcolo aritmetico (Test ABCA)
- Batteria per la Discalculia Evolutiva - BDE

Strumenti che valutano il livello delle abilità scolastiche

- Prove oggettive di matematica per la scuola elementare
- Test di matematica per la scuola dell'obbligo
- Valutazione delle Abilità Matematiche
- AC-MT - Test di Valutazione delle Abilità di Calcolo
- AC-MT 11-14 Test di Valutazione delle Abilità di Calcolo e Problem Solving

Per una diagnosi corretta, e che contenga le informazioni necessarie al trattamento, è raccomandabile che vengano esplorate anche le altre aree di

seguito menzionate:

- *Competenze metafonologiche*
- *Competenze Linguistiche*
- *Competenze prassiche e visuo-spaziali*
- *Psicopatologia*
- *Competenze metacognitive*



Bibliografia

- BAKKER DJ Neuropsychological classification and treatment of dyslexia, *J Learn Disabil.* 1992;25:102-119
- BENETTI D Il trattamento dei disturbi strumentali di lettura e scrittura. Una ricerca empirica. Tesi di Laurea. Facoltà di Psicologia, Università di Padova, Anno Accademico 2001-2002
- BERNINGER V, YATES C, LESTER C Multiple orthographic codes in acquisition of reading and writing skills. *Reading and Writing: an interdisciplinary journal*, 1991; 3: 115-149
- CARREIRAS M, ALVARES CJ, DE VEGA M Syllable frequency and visual word recognition in Spanish. *Journal of Memory and Language* 1993; 32: 766-780
- CHARD DJ, VAUGHN SE, TYLER B A synthesis of research on effective intervention for building reading fluency with elementary students with learning disabilities. *J Learn Disabil.* 2002; 35:386-406
- GRENCI R Capire per imparare, Ed. Del Cerro, Tirrenia (Pisa), 2001
- LUCANGELI D, TRESSOLDI PE, FIORE C, Test ABCA. Valutazione delle abilità di calcolo aritmetico, Ed. Erickson, Trento, 1998
- MARTINI A Le difficoltà di apprendimento della lingua scritta. Criteri di diagnosi e indirizzi di trattamento, Ed. Del Cerro, 2004
- MASI M Disturbi di apprendimento e disturbi depressivi in età evolutiva. *Gior Neuropsic Età Evol* 1999; 19: 105-115
- SWANSON HL Reading research for students with LD: a meta-analysis of intervention outcomes. *J Learn Disabil.* 1999; 32:504-532
- TRESSOLDI PE L'evoluzione della lettura e della scrittura dalla 2a elementare alla 3a media. Dati per un modello di sviluppo e per la diagnosi dei disturbi specifici. *Età Evolutiva*, 1996; 53: 43-55
- TRESSOLDI PE, LONCIARI I, VIO C Results of the treatment of specific developmental reading disorder, based on the single and dual-route models. *J Learn Disabil.* 2000; 33: 278-285
- TRESSOLDI PE, STELLA G, FAGGELLA M The development of reading speed in Italians with dyslexia: a longitudinal study. *J Learn Disabil*, 2001 34: 67-78

- WILICUTT EG, PENNINGTON BF Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. J Child Psychol Psychiatry. 2000;4:1039-1048
- AC-MT - Test di Valutazione delle Abilità di Calcolo, Cornoldi C, Lucangeli D, Bellina M, Ed. Erickson, Trento, 2002
- AC-MT 11-14 Test di Valutazione delle Abilità di Calcolo e Problem Solving, Cornoldi C, Cazzola C, Ed. Erickson, Trento, 2003
- Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva, Sartori G, Job R, Tressoldi PE, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1995
- Batteria per la Valutazione della Scrittura e della Competenza Ortografica nella Scuola dell'Obbligo, Tressoldi PE, Cornoldi C, Firenze Organizzazioni Speciali, 1991- 2000
- Batteria per la Discalculia Evolutiva-BDE, Biancardi A, Nicoletti C, Ed. Omega, Torino, 2004
- Coloured Progressive Matrices PM47, Firenze, Organizzazioni speciali (O.S.), 1984
- LEITER, Leiter International Performance Scale Firenze Organizzazioni speciali (O.S.),1980
- LEITER-R, Leiter International Performance Scale – Revised Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1997
- Nuove prove di lettura MT per la Scuola Media Inferiore, Cornoldi C, Colpo G, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1995
- Prove avanzate MT di Comprensione nella Lettura, Cornoldi C, Pra Baldi A, Rizzo M, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1991
- Prove di lettura MT per la Scuola Elementare – 2, Cornoldi C, Colpo G, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1998
- Prove di Metacomprendione, Pazzaglia F, De Beni R, Cristante F, Ed. Erickson, Trento, 1994
- Prove oggettive di matematica per la scuola elementare, Soresi S, Corcione D, Gruppo Emmepiù, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1992

- Test di matematica per la scuola dell'obbligo, Amoretti G, Bazzini L, Pesci A, Reggiani M, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1993
- Valutazione delle abilità di scrittura, Giovanardi Rossi P, Malaguti T, Ed. Erickson, Trento, 1994
- Valutazione delle Abilità Matematiche, Giovanardi Rossi P, Malaguti T, Ed. Erickson, Trento, 1996
- WISC-R, Wechsler Intelligence Scale For Children - Revised Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1986
- WPPSI Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1973

Disturbo Specifico della Coordinazione Motoria

Definizione

Il Disturbo Specifico della Coordinazione Motoria è caratterizzato da un rallentamento dell'acquisizione delle tappe dello sviluppo motorio-prassico, da goffaggine motoria, da difficoltà nel controllo del tratto grafico nel disegno e nella scrittura (disgrafia). Sono associate, in misura variabile, difficoltà anche nell'organizzazione percettiva e spaziale.

Si associa frequentemente ad un Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività (ADHD) o a Disturbi della Sfera Emozionale e, in età scolare, ad un Disturbo Specifico di Apprendimento (prevalente nell'area del calcolo).

Per la formulazione diagnostica devono sussistere i seguenti criteri:

- prestazioni nelle attività quotidiane che richiedono coordinazione motoria sostanzialmente inferiori a quanto previsto dall'età cronologica e dal livello del QI;
- evidente interferenza con il funzionamento scolastico e con le attività di vita quotidiana;
- anomalia non dovuta ad una patologia neurologica (PCI, distrofia muscolare);
- esclusione di una diagnosi di Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (DSP).

I criteri diagnostici dell' ICD10 propongono che la soglia per la diagnosi di questo disturbo sia di due deviazioni standard (2 DS) al di sotto del livello previsto ad un test standardizzato di coordinazione motoria fine o grossolana. Per i test che riportano come punteggio l'età di sviluppo si può utilizzare come criterio una discrepanza di 24 mesi rispetto all'età cronologica.

Criteri Clinici di Accesso

- In età prescolare tutti i bambini che presentano questo disturbo necessitano di un intervento riabilitativo di tipo neuropsicomotorio. Con particolare attenzione alle competenze visuoperceptive e visuospatiali,

applicate anche ai contesti ecologici (autonomie della vita quotidiana nella scuola e nella famiglia).

- In età compresa tra i 6 ed i 9 anni l'intervento riabilitativo neuropsicomotorio è giustificato in presenza di un disturbo grave (caduta superiore alle 3 DS o ai 3 anni di età di sviluppo), che interferisce significativamente con l'apprendimento scolastico e/o con le attività di vita quotidiana. La copresenza di un disturbo di apprendimento rende necessario un intervento che si rivolga a quest'ultimo disturbo.
- Tra i 9 e gli 11 anni, per gli stessi soggetti, l'intervento è ancora necessario, ma va focalizzato prevalentemente sul controllo e sull'uso del codice scritto e del calcolo.
- Oltre gli 11 anni l'intervento è generalmente poco indicato.

La presenza di una comorbidità con ADHD costituisce un criterio di urgenza del trattamento.

In presenza di un disturbo psicopatologico vale quanto detto per i DSA.

Strumenti di valutazione diagnostica

Per la valutazione del Livello cognitivo

- Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI, 1973)
- Wechsler Intelligence Scale For Children - Revised (WISC-R, 1986)
- Leiter International Performance Scale (LEITER, 1980)
- Leiter International Performance Scale - Revised (LEITER-R, 1997)
- Coloured Progressive Matrices PM47 (1984)

Per la valutazione della Coordinazione motoria

- Test di valutazione motoria - Oseretsky
- Batteria per la valutazione motoria del bambino - Movement ABC

Per la valutazione della Integrazione visuomotoria

- Tests di integrazione visuomotoria
- Test di percezione visiva e integrazione visuomotoria - TPV

Tests grafici

- Bender-Santucci
- Figura di Rey

Bibliografia

- FEDRIZZI E I. disordini dello sviluppo motorio, Piccin Nuova Libreria S.p.A. – Padova, 2004
- HAMILL DD, PEARSON NA, VORESS JK, Test TPV - Percezione visiva-integrazione visuomotoria, Ed. Erickson, Trento, 1994
- LEVI G, CORCELLI A, RAMPOLDI P, VASQUES P Disturbi di apprendimento non verbale in età evolutiva, *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 1999; 19: 83-92
- MURRAY EA, CERMAK SA, O'BRIAN V The relationship between form and space perception, constructional abilities and clumsiness in children, *Am J Occup Therapy* 1990; 44: 624-628
- SECHI E, BECCIU M, GIORDANI A, LEVI G Disturbi specifici dello sviluppo motorio: verso l'individuazione di diversi sottotipi clinici, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 1994; 61: 413-422
- Bender visual motor gestalt test. Per cogliere la maturazione della funzione visuomotoria della gestalt, Firenze Organizzazioni Speciali (O.S.), 1992
- Coloured Progressive Matrices PM47, Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1984
- LEITER, Leiter International Performance Scale Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1980
- LEITER-R, Leiter International Performance Scale - Revised Firenze Organizzazioni speciali (O.S.) 1997
- Movement ABC - Batteria per la valutazione motoria del bambino, Firenze Organizzazioni Speciali (O.S.), 2000
- PRM - Profilo di Rendimento Mnestic, Firenze Organizzazioni Speciali (O.S.), 1990
- Reattivo della Figura Complessa B, Firenze Organizzazioni Speciali (O.S.), 1979
- Scala di sviluppo motorio – Oseretsky, Firenze Organizzazioni Speciali (O.S.), 1959
- WISC-R, Wechsler Intelligence Scale For Children - Revised Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1986
- WPPSI Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Firenze Organizzazioni speciali (O.S.), 1973

Processo valutativo

(DISTURBO SPECIFICO DELLO SVILUPPO DEL LINGUAGGIO, DELL'APPRENDIMENTO E DELLA COORDINAZIONE MOTORIA)

- Il processo valutativo per la fase diagnostica deve essere realizzato in un massimo di 12 accessi.
- In caso di valutazione con esito di presa in carico, il Centro dovrà concordare il programma riabilitativo con i competenti Servizi della ASL di residenza del paziente.
- Nel caso in cui il soggetto sia inviato al Centro da uno specialista di struttura pubblica (ASL, AO, AU) con una valutazione diagnostica rispondente ai criteri definiti nel documento, è auspicabile la presa in carico senza ripetere il medesimo percorso valutativo.

PARALISI CEREBRALE INFANTILE

Definizione

"L'espressione paralisi cerebrale infantile (PCI) definisce una turba persistente, ma non immutabile, della postura e del movimento dovuta ad alterazioni della funzione cerebrale, per cause pre e perinatali, o post-natali occorse nella fase di crescita e dello sviluppo". Si distingue dalla paralisi dell'adulto in quanto mancata acquisizione di funzioni, piuttosto che perdita di funzioni già acquisite". Nella PCI il disturbo motorio è sempre presente ma non esclusivo; può essere variabile per tipo e per gravità, ma, per ricordare i più importanti, sono componenti determinanti della patologia i deficit sensitivi e sensoriali, le alterazioni della percezione, le distorsioni della rappresentazione mentale, i problemi prassici e gnosici, le difficoltà di apprendimento e di acquisizione, i disturbi cognitivi e quelli relazionali.

Criteri Clinici di Accesso

Vista la complessità e la pervasività del disturbo, al soggetto con Paralisi Cerebrale Infantile, attraverso una valutazione accurata del tipo e del livello di disabilità, deve essere comunque garantito l'accesso al progetto riabilitativo.

Questa scelta, che non prevede quindi la "non presa in carico", deve soddisfare in misura maggiore l'appropriatezza del percorso riabilitativo, facendo sì che siano rispettate alcune condizioni: (1) la presa in carico, intesa come "processo integrato e continuativo, deve essere globale, riguardando oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali; (2) il progetto riabilitativo deve prevedere una attenta descrizione del profilo del paziente, definire le abilità/attività da sviluppare nelle diverse aree, modulate in relazione alla fascia di età ed esplicitare chiaramente la metodologia operativa da adottare; (3) gli obiettivi terapeutici devono essere basati sulla prognosi di recupero, cioè sulla valutazione dei margini di modificabilità di ciascuna funzione in relazione alle risorse possedute dal bambino, la sua motivazione ed alla sua capacità di apprendimento ed all'età; (4) l'intervento rieducativo deve essere tempestivo, compatibilmente alla tolleranza del bambino e alla sua capacità di apprendimento, va favorita l'interazione positiva con il terapeuta e

deve essere continuativo, per lo meno nei primi anni di vita (naturalmente quando le condizioni del bambino lo giustificano). Eventuali discontinuità nel trattamento rieducativo devono essere strettamente legate al programma terapeutico; (5) l'intervento rieducativo può essere organizzato per obiettivi terapeutici, tra i quali il consolidamento delle competenze acquisite e la prevenzione delle complicazioni secondarie e terziarie e, ove indicato, può essere giustificato anche il ricorso ad un ordinamento a cicli del trattamento; (6) il trattamento fisioterapico domiciliare è da ritenersi eccezionale ed esclusivamente legato a condizioni cliniche e sociali particolari e momentanee del bambino, perché contrario al lavoro di équipe ed al setting terapeutico, oltre che sfavorevole per l'indisponibilità di ambienti, ausili e sussidi adeguati.

Strumenti di valutazione diagnostica

Per la valutazione delle Competenze motorie

- Gross Motor Function Measure (GMFM). Bambini da 5 mesi a 16 anni.
- Gross Motor Performances Measure (GMPM). Bambini da 5 mesi a 12 anni.
- Pediatric Evaluation of Disability Inventory (P.E.D.I.)
- Scala Funzionale (18 ITEMS) - Istituto Neurologico C. Besta
- Osservazione diretta e Videoregistrazione per l'analisi del cammino nelle PCI, valutata con protocollo standardizzato (Ferrari A., Muzzini S.)
- Edinburgh Visual Score (EGS)

Per la valutazione della manipolazione

- Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function

E' necessario che vengano esplorate anche le altre aree di seguito menzionate:

- *Competenze cognitive*
- *Competenze linguistiche*
- *Competenze prassiche e visuo-spaziali*
- *Componenti neuropsicologiche (gnosie, memoria, attenzione)*
- *Psicopatologia*

Bibliografia

- BADELL RIBERA A Cerebral palsy: postural-locomotor prognosis in spastic diplegia. Arch. Phys Med. Rehabil. 1985; 66: 614-619
- BAX MC, Terminology and classification of cerebral palsy, Dev Med Child Neurol. 1964; 11:295-297
- A, SCIUTO L, GERICKE C, VIANELLO A Functional status of adults with cerebral palsy and implications for treatment of children. Dev Med Child Neurol. 2001; 43:516-528
- CAMPOS DA PAZ JR A, BURNETT SM, BRAGA LW Walking prognosis in cerebral palsy: a 22 years retrospective analysis. Dev. Med. Child Neurol. 1994; 36: 130-134
- FERRARI A, CIONI G Paralisi cerebrali infantile, storia naturale ed orientamenti riabilitativi, Ed. Del Cerro, Tirrenia (Pisa), 1993
- FEDRIZZI E La valutazione delle funzioni adattive nel bambino con paralisi cerebrale, Ed. Franco Angeli, Milano, 2000
- RANDALL MJ, CARLIN J, REDDIHOUGH DS, CHONDROS P Reliability of the Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb function – A quantitative test of quality of movement in children with neurological impairment. Dev Med Child Neurol. 2001; 43: 761-767
- READ HS, HAZLEWOOD ME, HILLMAN SJ, PRESCOTT RJ, ROBB JE Edinburgh visual gait score for use in cerebral palsy. J Pediatr Orthop. 2003; 23:296-301

- Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, Provvedimento 7 maggio 1998, G. U. n.124, 30/05/98
- Linee guida per la valutazione in riabilitazione, Commissione ministeriale per il protocollo della riabilitazione pediatrica 1998-99
- Linee Guida per la Riabilitazione dei bambini affetti da Paralisi Cerebrale Infantile, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER) e Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (SINPIA), in Giornale di Neuropsichiatria Infantile 2002; 22: 395-420
- Manifesto per la riabilitazione del bambino. In MR. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, 2000; 14: 14-15 e Bollettino di Neuropsichiatria Infantile, 2000; VII:2

- Gross Motor Function Measure. E' possibile effettuare il download da: http://bluewirecs.tzo.com/canchild/main_index.html (accesso del 05/05/2005). La traduzione italiana si trova tra gli allegati alla terza parte della "Commissione sulla riabilitazione pediatrica del Ministero della Sanità" allegato n. 5, per cui è possibile effettuare il download da: <http://www.abctriveneto.it/Allegati%20Terza%20parte.htm> (accesso del 05/05/2005)
- Gross Motor Performance Measure. CanChild Canada <http://bluewirecs.tzo.com/canchild/orderformU.html> (accesso del 05/05/2005)
- Pediatric Evaluation of Disability Inventory (P.E.D.I.). Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992) Trustees of Boston University, Health and Disability Research Institute. <http://www.bu.edu/hdr/products/pedi/manual.html> (accesso del 05/05/2005)

SCOLIOSI IDIOPATICA IN ETÀ EVOLUTIVA

Definizione

La scoliosi idiopatica è una complessa deformità strutturale della colonna vertebrale che si torce nei tre piani dello spazio. Sul piano frontale si manifesta con un movimento di flessione laterale, sul piano sagittale con una alterazione delle curve, il più spesso provocandone una inversione, sul piano assiale con un movimento di rotazione. Per definizione, la scoliosi idiopatica non riconosce una causa nota e, probabilmente, nemmeno una causa unica. Da un punto di vista eziopatogenetico, quindi, la deformazione vertebrale provocata dalla scoliosi idiopatica può essere definita come il segno di una sindrome complessa ad eziologia multifattoriale, vero e proprio epifenomeno di una patologia che ha origine lontano dalla colonna. Questa sindrome si manifesta quasi sempre con la deformità ma non si identifica con essa in quanto, con un'indagine più approfondita, è possibile trovare altri segni sub-clinici che appaiono significativi.

La *Scoliosis Research Society* definisce la scoliosi come una curva di più di 10° Cobb sul piano frontale senza considerare il piano laterale, le cui modificazioni incidono significativamente sull'evoluzione della scoliosi e la trattabilità ortesica. In base a questo dato, molti dei lavori pubblicati sull'efficacia del trattamento conservativo della scoliosi (fisioterapia, corsetti gessati, busti) utilizzano, come unico parametro, la modificazione dei gradi Cobb.

Le scoliosi idiopatiche possono essere classificate differientemente secondo la localizzazione iniziale della deformità (scoliosi toraciche, toracolumbari, lombari, a doppia curva) e secondo l'età di insorgenza (infantili ed adolescenziali).

Criteri Clinici di Accesso

La Scoliosi da 10° a 20° Cobb va presa in carico solo in presenza di almeno tre dei seguenti criteri:

- età \leq a 11aa. per le femmine; età \leq a 13aa. per i maschi
- segno di Risser \leq a 1
- gibbo \geq a 5 cm (Test di Adams valutabile con filo a piombo, scoliometer, livella)
- angolo di torsione \geq a 10°

Le scoliosi da 20° a 25° Cobb deve sempre essere presa in carico se la persona è in trattamento ortesico; nel paziente senza ortesi, va presa in carico solo in presenza di tre su quattro dei seguenti criteri:

- età \leq a 14aa. per le femmine; età \leq a 16aa. per i maschi
- segno di Risser \leq a 4
- gibbo \geq a 5 cm
- angolo di torsione \geq a 15°

Scoliosi oltre i 25° Cobb deve essere sempre presa in carico, con o senza ortesi.

Strumenti di valutazione diagnostica

- **Test di Adams** (*forward – bending test*), è il principale test di valutazione nell'esame clinico del paziente scoliotico. La positività di tale test è patognomonica di scoliosi. Il valore predittivo positivo del *forward – bending test* è variabile, essendo inversamente proporzionale al grado di curvatura e dipendente dall'esperienza degli esaminatori.
- **Inclinometro** (*scoliometer*), strumento estremamente utile nei programmi di screening, misura l'angolo di inclinazione del tronco (ATR) ed è dotato di una ripetibilità inter-esaminatori molto elevata, il che consente di determinare delle soglie al di là delle quali intervenire con una radiografia. La sua sensibilità è stimata intorno al 100% e la sua specificità intorno al 47% se si sceglie un ATR di 5° . Un ATR di 7° ha invece una sensibilità dell'83%, ma una specificità dell'86%.
- **Gibbometro** (*livella*), è uno strumento in grado di fornire un ulteriore parametro di valutazione, differente rispetto all'inclinometro, ovvero *l'altezza del dislivello tra concavità e convessità della curva*.
- **Valutazione radiografica**, è il riferimento standard per la valutazione della sensibilità e specificità del test di screening, anche se la valutazione estetica non può essere trascurata. L'intervallo di confidenza nella

misurazione dell'**angolo di Cobb** nelle radiografie è ritenuto essere 95% con variabilità intra-esaminatore ed inter-esaminatore di 3-5° e 6-7°.

- Il **segno di Risser**, ulteriore parametro radiografico di valutazione, utile a dare un'indicazione sullo stato di accrescimento del paziente, in quanto desumibile dalla medesima radiografia effettuata per valutare la scoliosi.
- Altri parametri essenziali da considerare sono la comparsa del menarca, nella femmina, e lo sviluppo dei segni di Tanner.

Processo valutativo

- Il processo valutativo deve essere realizzato in un massimo di 2 accessi.

Bibliografia

- Linee guida nazionali "Trattamento riabilitativo del paziente in età evolutiva affetto da patologie del rachide", SIMFER, 2001.



PATOLOGIE OSTEOMUSCOLARI IN ETÀ ADULTA

Definizione

Per "Patologie Osteomuscolari" si intende un insieme di condizioni morbose interessanti le strutture articolari, ossee, muscolari, tendinee e capsulo-legamentose di origine degenerativa, infiammatoria, traumatica, dismorfica e congenita. Alle patologie osteomuscolari possono conseguire disabilità minimali e/o transitorie e disabilità complesse.

Nel capitolo sono considerate le seguenti patologie:

- **Patologia artrosica** (codice ICD9-CM 715),
- **Patologia del rachide** (codici ICD9-CM dal 721 al 724)
- **Postumi di traumatismi** (codice ICD9-CM 905)
- **Artropatie e disturbi correlati** (codici ICD9-CM 710 a 719, escluso 715)

Criteri Clinici di Accesso

L'accesso ai trattamenti estensivi e di mantenimento va riservato alla **disabilità complessa** o importante, intesa come interessante più segmenti e/o organi e/o apparati, con possibili esiti permanenti, spesso multipli, e che per il trattamento richieda una presa in carico globale dell'utente da parte di un' équipe multiprofessionale ed interprofessionale con la formulazione di un progetto riabilitativo personalizzato.

E' possibile l'accesso per patologie osteomuscolari meno complesse e/o interessanti singoli segmenti/organi ma associate ad altre patologie disabilitanti di altra natura.

Sono escluse dall'accesso quelle disabilità transitorie e/o minimali che non prevedono una presa in carico globale ma solo semplici prestazioni terapeutico-riabilitative di competenza di centri che erogano attività specialistica ambulatoriale.

Il dolore, la rigidità articolare e la "zoppia" non definiscono una disabilità complessa e pertanto non è appropriato l'accesso ai trattamenti riabilitativi di tipo estensivo o di mantenimento, tranne che non siano correlate

esplicitamente ad un codice di diagnosi primaria che definisce una disabilità complessa.

Patologia artrosica

E' appropriato l'accesso quando l'artrosi causa un danno complesso all'autonomia della persona nella vita quotidiana, ovvero una diminuzione della stessa, misurata con strumenti specifici per i vari distretti interessati. Sono ammissibili pazienti che, valutati con l' *Indice di Barthel*, presentano un punteggio inferiore a 80. Nei casi in cui il punteggio dell'*Indice di Barthel* sia superiore a 80, devono sussistere le seguenti condizioni per ogni distretto corporeo interessato:

- Localizzazione all'**anca**: coesistenza di dolore, limitazione articolare e limitazione della deambulazione, diminuzione dell'autonomia di almeno il 50% misurata con specifica scala per questo distretto.
- Localizzazione al **ginocchio**: coesistenza di dolore, limitazione articolare e limitazione della deambulazione, diminuzione dell'autonomia di almeno il 50%, misurata con specifica scala per questo distretto.
- Sostituzioni **protesiche di anca e di ginocchio**: coesistenza delle stesse limitazioni descritte per le relative articolazioni, diminuzione dell'autonomia di almeno il 50% misurata con specifica scala per il distretto interessato.
- Localizzazioni all'**arto superiore**: sono considerate complesse solo quando vi siano anche limitazioni della funzionalità della mano (ad esempio il punteggio dell'*indice funzionale di Duruoz* deve essere superiore a 45).



Patologia del rachide

E' appropriato l'accesso se l'eventuale patologia della colonna nelle sue possibili localizzazioni si presenta complicata da significative lesioni del sistema nervoso centrale o periferico. Queste devono essere documentate e oggettivate con gli esami di diagnostica neuroradiologica ed elettrofisiologica oggi disponibili in cui si evidenzia un danno almeno di media-gravità. Si fa eccezione per le gravi deformità del dorso che, documentatamente, compromettano la funzionalità respiratoria.

Postumi di traumatismi

Si considera appropriato l'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento in caso di:

- esiti di gravi politraumatismi;
- esiti di fratture patologiche;
- esiti fratturativi di due segmenti contigui o interessanti due articolazioni in contemporanea;
- esiti di fratture esposte o associate a lesioni tendino-muscolari;
- esiti di fratture con complicazioni come l'algoneurodistrofia, le lesioni vascolari, le infezioni, le lesioni nervose periferiche che rendano complessa la disabilità e il recupero (es. frattura della diafisi omerale con lesione del nervo radiale). Le suddette complicazioni devono essere documentate con la diagnostica clinico-strumentale disponibile e i relativi reperti allegati nella cartella clinica del paziente;
- esiti di amputazione sia dell'arto inferiore che superiore, con eccezione dell'amputazione delle falangi distali del 3°-4°-5° dito della mano e delle dita del piede;
- altre fratture, distrazioni/distorsioni, lussazioni (anche se di interesse chirurgico), entesopatie e sindromi analoghe solo se si presentano in pazienti con esiti di lesioni neurologiche (ad esempio frattura di femore in un paziente emiplegico, frattura di gamba in paziente con esiti di poliomielite anteriore acuta) o gravi patologie sistemiche che complicano il processo riabilitativo.

Artropatie e disturbi correlati

E' appropriato l'accesso per:

- connettiviti specifiche e aspecifiche a localizzazione plurifocale in fase non acuta a comprovato decorso evolutivo.

Strumenti di valutazione diagnostica

La **disabilità** va descritta dai sanitari che operano la presa in carico del paziente con la **Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche (ICD)**, la **Classificazione internazionale della disabilità, del funzionamento e della salute (ICF)** e con scale di valutazione appropriate e validate, che devono essere indicate nel progetto e presenti nella cartella clinica del paziente.

Per la valutazione dello stato funzionale di base:

- Indice di Barthel

Per la valutazione dei singoli distretti corporei:

Anca

- Japanese Orthopaedic Association Hip Score
- Indice algo-funzionale di Lequesne (che documenti una disabilità almeno di media gravità).

Ginocchio

- International Knee Society Rating System
- Indice algo-funzionale di Lequesne (che documenti una disabilità almeno di media gravità).

Arto superiore (mano)

- Indice funzionale di Duruoz

Processo valutativo

- Il processo valutativo deve essere realizzato in un massimo di 2 accessi.



Bibliografia

- BASINSKI ASK Evaluation of clinical practice guidelines, CMAJ 1995; 1575-81
- BARGELLES S Le Algoneurodistrofie. Reading in ortopedia, anno VII: 7; 1997
- BONAIUTI D Le Scale di Valutazione nelle Malattie Muscolo-Scheletriche, IV, Publisher 2000
- BRADDOM RL Medicina Fisica e Riabilitazione, Ed. Delfino, Roma 1998
- BROTZMANN SB Riabilitazione in ortopedia e traumatologia, protocolli terapeutici, Ed. UTET, Torino 1998
- Clinical Evidence, Ortopedia: Dolore di spalla, 2° edizione Italiana 2003. www.clinical evidence.com 14/01/05
- Clinical Evidence, Reumatologia: Artrosi, 2° edizione Italiana 2003. Centro Cochrane Italiano, <http://www.areas.it> 14/01/05
- FRANCHIGNONI F, DUGHI D, FERRIERO G Come selezionare le scale di valutazione. Giornale Italiano Medicina Riabilitativa 2004; 18:19-25
- Consensus italiana sulle raccomandazioni dell'EULAR 2003 per il trattamento dell'artrosi di ginocchio. Reumatismo 2004; 56:190-200
- Definizione dei livelli essenziali di assistenza. D.P.C.M. 29/11/01. G.U. n.33, 8/2/2002
- D.M. 5/02/05 -1992. Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti
- Enciclopedia Medico-Chirurgicale, Kinesiterapie Rééducation Fonctionelle, Vol.1 26-008-D-20
- FEDER G, ECCLES M, GROL R, GRIFFITHS C, GRIMSHAW J Using clinical guidelines, BMJ 1999; 318:728-30
- Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione. Provvedimento 7/05/1998. G.U. n. 124, 30/05/1998
- Linee Guida sulle attività ambulatoriali di riabilitazione della Società di Medicina Fisica e Riabilitazione; www.simfer.it. Gennaio 2005
- Linee guida per la lombalgia acuta e cronica, www.iss.it. Gennaio 2005
- S.I.M.F.E.R., Prestazioni ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione, proposte sulla prescrivibilità in provincia di Brescia, <http://xoomer.Virgilio.it/fasandr/testi/fkt.htm> 25/01/05
- Manuale per la redazione, la valutazione e l'implementazione di linee guida in medicina, Fondazione Smith Kline, Tendenze Nuove 2:2001
- Rationale of the Knee Society Clinical Rating System. Clin Orthop. And Res., 248:13-14,1

- SALAFFI F, STANCATI A Scale di Valutazione e Malattie Reumatiche, Ed. Mattioli, Fidenza (Parma), 2001
- Società Italiana di Reumatologia, Il dolore cronico muscolo-scheletrico, <http://www.reumatologia.it/guidelines.htm>
- TORNESE D et al. La misura della disabilità nei pazienti affetti da patologie ortopedico-traumatologiche. Eur.Med.Phys.1966; 32:145-151

Oltre la normativa della regione Lazio relativa all'accreditamento dei Centri di riabilitazione ex art. 26 sono state valutate le seguenti normative di altre regioni:

- Riordino della rete delle attività di Riabilitazione (Lombardia) Deliberazione N.VII/19883 del 16.12.2004
- Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate. Legge Regionale 4/06/1996. B.U.R. Marche n. 39 13/06/96
- Modifiche e integrazioni alla legge 4/06/1996. Legge Regionale n. 28, 21/11/2000, B.U.R. n. 124, 30/11/00
- Progetto Obiettivo "Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche" Bozza per la discussione
- Piano Sanitario Regionale 2000/2002. Suppl. ord. G.U.R. Sicilia n.26, 2/06/2000
- D.A. n. 01062 Regione Sicilia. Assessorato Sanità. Ufficio Speciale per il monitoraggio del P.S.R. e per l'accreditamento dei servizi sanitari e programmazione sanitaria
- Piano Sanitario Regionale (Toscana) 2002-2004. Deliberazione consiglio regionale n.60 del 9/04/2002
- Piano Sanitario Regionale 2003-2005 (Veneto), allegato al Piano 1 LEA regionali, DGR n.2227/02
- Attività Ambulatoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione, S.I.M.F.E.R. Veneto



ALLEGATO 1

Hanno contribuito alla redazione del testo

Ritardi Specifici dello sviluppo:

M. Becciu (*AITNE–Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva Università di Roma La Sapienza*)

L. Cavaliere (*Neuropsichiatra Infantile ASL RM/B*)

E. Mariani (*ARLL- Logopedista ASL RM/C*)

P. Maurizi (*Neuropsichiatra Infantile Centro di Riabilitazione accreditato*)

R. Penge (*Neuropsichiatra Infantile Università di Roma La Sapienza*)

M. Pieretti (*ARLL - Logopedista ASL RM/C*)

N. Urbinati (*Logopedista ASL RM/C*)

G. Valeri (*Neuropsichiatra Infantile ASL RM/C*)

Paralisi Cerebrale Infantile:

R. Callori di Vignale (*Neuropsichiatra Infantile ASL RM/H*)

M. P. Ferrari (*Neuropsichiatra Infantile ASL RM/C*)

M. Perna (*AITNE – Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva*)

G. Schirripa (*Neuropsichiatra Infantile ASL VT*)

Scoliosi Idiopatica in età evolutiva:

M. Celestini (*Direttore Dipartimento Interaziendale Medicina Fisica e Riabilitazione ASL RMA/RME*)

A. Marchese (*Dirigente Medico U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione Presidio Ospedaliero Santo Spirito*)

S. Negrini (*già Coordinatore della Commissione SIMFER incaricata dal Ministero della Salute per la stesura delle Linee Guida nazionali sul "Trattamento riabilitativo del paziente in età evolutiva affetto da patologie del rachide"*)

Patologie Osteomuscolari in età adulta:

A. Antonaci (*Responsabile Day Hospital Riabilitativo - Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata*)

C. Bertolini (*Professore Associato UCCS*)

F. Catalano (*Direzione tecnica Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione ASL RMA/RME*)

M. Celestini (*Direttore Dipartimento Interaziendale Medicina Fisica e Riabilitazione ASL RMA/RME*)

S. Illiano (*Direttore Sanitario Centro S. Maria della Pace – Fondazione Don Carlo Gnocchi*)

PROTOCOLLO D'INTESA

tra

la REGIONE LAZIO, nella persona dell' Assessore alla Sanità On. Marco Verzaschi

e

A.R.I.S. , nella persona del Presidente Regionale Dott. Antonio Mastrapasqua

e

F.O.A.I., nella persona del Presidente Dott. Ferdinando Migliore

e

F.D.G., nella persona del Direttore Dott. Salvatore Provenza

premessi che :

- la deliberazione della giunta regionale nr. 602/04
- ha definito la ripartizione tra le ASL del Lazio del fondo sanitario regionale per l'anno 2004;
- con la stessa deliberazione è stato definito il sistema di remunerazione delle attività di assistenza riabilitativa erogate dai soggetti erogatori provvisoriamente accreditati;
- con la stessa deliberazione è stato definito il sistema di fatturazione e le procedure di liquidazione e di pagamento nella misura del 90% del valore della produzione;
- con successiva Nota regionale (n. 112072 del 4 ottobre 2004) veniva precisato che i Centri ex-art. 26 " ... a chiusura dell'anno, anche mediante verifica del fatturato con i dati del SIAR, i soggetti erogatori saranno autorizzati ad emettere fattura a saldo.... "
- che la fatturazione nella misura del 90% del valore della produzione non permette ai soggetti erogatori finanziamento bancario adeguato alle spese sostenute;
- che non è stata fissata una data certa per l'emissione della fatturazione a saldo;
- che la Giunta Regionale non ha previsto un budget dedicato all'attività riabilitativa territoriale né la contrattazione di un budget di remunerazione con i singoli soggetti erogatori in quanto, non ha posto limiti al numero



delle prestazioni erogabili da ogni struttura né al loro valore economico; il limite delle prestazioni è ovviamente connesso alla capacità produttiva di ciascuna struttura, così come determinata dalla tipologia e dalla quantità di prestazioni per le quali la struttura medesima è autorizzata ed accreditata in relazione al possesso di specifici requisiti. Il sistema di remunerazione dell'attività riabilitativa territoriale non prevede pertanto alcun abbattimento delle tariffe a superamento del budget complessivo né del budget per struttura.

Tutto ciò premesso, le parti convengono quanto segue :

1. è confermato quanto espresso in premessa relativamente alla remunerazione dei soggetti erogatori;
2. la Regione Lazio, per quanto riguarda la fatturazione del saldo residuo per l'anno 2004 per i Centri di Riabilitazione ex-art.26 (non vincolati da rimodulazione tariffaria), si impegna a comunicare alle ASL entro il 30 giugno 2005 i dati complessivi della produzione dei soggetti erogatori. Qualora ciò non accadesse, i soggetti erogatori ex-art.26 saranno autorizzati ad emettere la fattura a saldo per l'anno 2004; Il relativo pagamento avverrà come di norma al 90° giorno dalla data della fattura; in alternativa, la Regione Lazio può autorizzare i predetti soggetti ad emettere fattura a saldo per l'anno 2004 prima della comunicazione dei dati complessivi della produzione, a condizione che i soggetti erogatori si impegnino:
 - ad emettere nota di credito per l'eventuale quota non riconosciuta della produzione totale fatturata;
 - ad aderire, prima dell'emissione della predetta fattura a saldo, ad eventuali accordi quadro tra le predette associazioni e la Regione, ai sensi della deliberazione del 12 novembre 2004 n.1056.
3. la Regione Lazio, per quanto riguarda la fatturazione per l'anno corrente, si impegna ad approvare, con la deliberazione relativa alla definizione della remunerazione per l'anno 2005, le procedure e le modalità per la fatturazione dell'intero importo delle prestazioni, fermo restando il pagamento in acconto pari al 90%, per consentire ai soggetti erogatori di provvedere alle necessarie anticipazioni finanziarie;

4. I soggetti erogatori si impegnano a non attivare, sia direttamente che attraverso eventuali cessionari del credito, azioni di recupero del credito residuo entro il 30 giugno dell'anno successivo alla maturazione del credito.
5. I soggetti erogatori si impegnano a sottoscrivere un dichiarazione conforme a quanto stabilito al punto 4 del presente accordo.

Letto, confermato e sottoscritto

Roma, li 2/2/2005

F.to Marco Verzaschi

F.to Antonio Mastrapasqua

F.to Ferdinando Migliore

F.to Salvatore Provenza

per la Regione Lazio

per ARIS

per FOAI

per F.D.G.

