



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 22/03/2006

=====

ADDI' 22/03/2006 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
		Vice			
POMPILI	Massimo	Presidente	DI STEFANO	Marco	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MANDARELLI	Alessandra	"
BATTAGLIA	Augusto	"	MICHIANGELI	Mario	"
BONELLI	Angelo	"	NIERI	Luigi	"
BRACHETTI	Regino	"	RANUCCI	Raffaele	"
CIANI	Fabio	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
			VALENTINI	Daniela	"

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISSIS

ASSENTI: Brachetti - Costa Di Stefano Nieri - Rodano - Valentini

DELIBERAZIONE N. 143

Oggetto:

Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

143 22 MAR. 2006

delly

OGGETTO: ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. 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 2006. 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.gs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio della libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti;

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

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

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

VISTA la 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 DGR 602 del 9 luglio 2004 avente ad oggetto: Ripartizione tra le A.S.L. del Lazio del fondo sanitario regionale 2004;

VISTA la DGR 731 del 4 agosto 2005 avente ad 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.



PRESO ATTO che il quadro economico-finanziario di riferimento in cui si trova ad operare l'amministrazione regionale per l'anno 2006 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 confermare per il triennio 2006/2008 le risorse destinate al finanziamento dei tre macrolivelli di assistenza nell'anno 2005 con la DGR 731/2005, pari complessivamente a € 7.156.434.000 così ripartite:

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

RITENUTO altresì di considerare la restante quota del Fondo Sanitario assegnato alla Regione Lazio per ogni annualità del triennio quale accantonamento destinato in via generale al miglioramento dell'efficienza economica del sistema in relazione all'esigenza di conseguire il pareggio economico delle ASL e delle Aziende ospedaliere e a particolari evenienze - individuate specificamente - connesse all'introduzione di nuovi tariffari, alle modificazioni innovative apportate al sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie e alla eventuale necessità di stipulare accordi contrattuali con i soggetti erogatori per la qualificazione dell'assistenza;

RIBADITA in via preliminare l'esigenza di definire, nell'ambito del fondo 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;



143 22 MAR. 2006

lu



RITENUTO altresì di dover perseguire anche nel 2006 i seguenti due obiettivi:

riduzione del tasso di ospedalizzazione per raggiungere nel 2007 180 ricoveri per 1000 abitanti, anche mediante l'adozione di provvedimenti della Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare Sanità, che razionalizzino i posti-letto ospedalieri che alla stessa data dovranno essere ricondotti entro il parametro del 4,5 per mille abitanti, di cui l'1 per mille dedicato alla riabilitazione e lungodegenza post acuzie;

- programmazione della spesa attraverso un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici, equiparati al pubblico 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;

RITENUTO indispensabile, per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, confermare per il 2006 il sistema di finanziamento e di remunerazione introdotto con la DGR 731/2005 per il livello dell'assistenza ospedaliera per acuti e dell'assistenza specialistica ambulatoriale, che di seguito sinteticamente si descrive:

1. costituzione di un fondo unico - 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 ai residenti nel Lazio, nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva;
2. 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 a 185 ricoveri per 1000 abitanti;
3. attribuzione di un budget per singolo soggetto erogatore;

PRESO ATTO che, in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 21 novembre 2005 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" e dell'Intesa Stato/Regioni sancita il 16 giugno 2005, dal 1 gennaio 2006 entra in vigore la versione 19 del sistema di classificazione DRG, basata sulla versione ICD-9-CM/2002, con la conseguente necessità di stabilire le relative tariffe;

RITENUTO opportuno - nell'occasione - effettuare una valutazione dei costi di produzione delle prestazioni ospedaliere per acuti erogate dalle strutture ospedaliere del Lazio al fine di determinare le nuove tariffe regionali (all.1 e all.1bis);

RILEVATO che dalle analisi condotte è emersa una diversa consistenza dei costi di produzione correlata alla complessità delle strutture erogatrici, che rende indispensabile procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni per acuti, sulla base di criteri rappresentativi dei differenti elementi di costo e alla conseguente articolazione delle tariffe di base (all.2 e 2bis);

VALUTATA l'esigenza, in relazione all'introduzione delle nuove tariffe e della classificazione dei soggetti erogatori nonché all'avvio di un diverso sistema di classificazione di alcune attività ospedaliere, di integrare le risorse destinate per l'anno 2006 al livello dell'assistenza ospedaliera di € 91.000.000 prelevandoli dall'accantonamento di cui sopra è cenno, determinando di conseguenza il fondo unico destinato alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti in € 2.773.843.000;

VALUTATA altresì l'esigenza di prelevare dal medesimo accantonamento € 46.000.000 per la remunerazione dell'attività attualmente svolta in ricovero ospedaliero relativamente ai DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) e 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) per la maggior parte della quale nel corso del 2006 è atteso lo svolgimento in regime ambulatoriale;

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 3 che forma parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO altresì del budget per singolo soggetto erogatore, del budget per classe di ospedali e per tipologia amministrativa degli istituti, riportati nell'allegato 3bis che forma parte integrante 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 che per le strutture ospedaliere equiparate al pubblico (Policlinici Universitari, IRCCS e ospedali classificati) l'accordo per il 2006, fermo restando la modalità di budget, dovrà prevedere una verifica dell'andamento della produzione sia qualitativo che quantitativo sulla base delle effettive prestazioni rese nei primi cinque mesi, al fine di procedere ad eventuali correttivi per le singole strutture sia per l'attività ospedaliera che per quella specialistica, con apposito provvedimento della Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare Sanità;

RILEVATA in particolare l'esigenza che in sede di concordamento la Regione e le Aziende sanitarie definiscano le azioni programmatiche per la riorganizzazione e la qualificazione dell'attività ospedaliera;

RILEVATA altresì l'esigenza di proseguire nelle azioni tese a migliorare il livello di appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, che rappresenta una caratteristica inderogabile del servizio sanitario regionale, al fine di perseguire obiettivi di qualità professionale, di efficacia e di uso efficiente delle risorse;

CONSIDERATO che, nell'ambito dell'indirizzo strategico programmatico di potenziare i servizi territoriali e le forme di assistenza alternative al ricovero e di riqualificare l'assistenza ospedaliera, appare necessario individuare per il 2006 quale azione prioritaria all'interno del SSR (all.4);

1. 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;
2. il potenziamento e la qualificazione dell'assistenza ambulatoriale, in specie attivando ed organizzando con adeguata dotazione di risorse la modalità ambulatoriale del Day Service nella quale dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in day hospital;

RITENUTO altresì di apportare alcune modifiche (all.5) al sistema regionale dei controlli esterni, disciplinato dalla DGR 1178/2003;

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



RITENUTO necessario incentivare il ricorso al parto vaginale (all. 7) 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. 8);



RITENUTO necessario, per quanto riguarda l'attività ospedaliera di riabilitazione post-acuzie, (all. 9):

1. individuare - in attesa dell'attuazione della legge 4/2003 per quanto concerne i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e l'accertamento del loro possesso da parte delle strutture erogatrici - i criteri per la classificazione, ai fini dell'articolazione delle tariffe, dei soggetti erogatori, riferiti a requisiti che determinano una differenziazione nei costi di produzione, accertabili dalla documentazione relativa ai dati di attività e alla tipologia della struttura in possesso della Regione;
2. determinare per ogni soggetto erogatore pubblico, equiparato al pubblico e privato accreditato, al fine dell'opportuno controllo, il numero delle giornate erogabili sui posti letto di ricovero ordinario e di day hospital che costituisce la capacità produttiva massima per i residenti nel Lazio e per i fuori regione;
3. consolidare quale limite massimo per il 2006, a richiesta dei soggetti erogatori, le giornate di degenza erogate in regime di day hospital nell'anno 2005 oltre le giornate erogabili su posti letto accreditati, con contestuale riduzione delle giornate di degenza erogabili sui posti letto di ricovero ordinario;
4. confermare il finanziamento dedicato pari a € 422.000.000 e i criteri di appropriatezza delle prestazioni; qualora il valore della produzione per i residenti nel Lazio determinata a consuntivo, secondo le regole e nell'ambito del tetto massimo di giornate di degenza erogabili, eccedesse il fondo di 422 milioni di euro, si farà fronte per il solo anno 2006 - in attesa della più puntuale definizione del sistema dell'offerta di riabilitazione - prelevando l'importo necessario dall'accantonamento previsto nel presente provvedimento;

CONSIDERATO necessario, per il rispetto delle già citate norme di finanza pubblica, che anche per l'anno 2006 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;





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 sono descritti nel documento allegato 10 che forma parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO del budget per singolo soggetto erogatore riportato nell' allegato 10bis;

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);

RILEVATA la necessità di effettuare una approfondita verifica - da concludersi entro il 31 marzo 2006 - delle tariffe delle prestazioni sanitarie comprese nel livello dell'assistenza territoriale (centri di riabilitazione, RSA, assistenza psichiatrica, assistenza ai tossicodipendenti, hospice, ecc.) al fine di valutarne la congruità rispetto ai costi di produzione delle tipologie assistenziali e determinare le eventuali variazioni positive o negative rispetto ai risultati della verifica;

RITENUTO di dover comunque stanziare un importo valutabile al momento in €15.000.000, prelevandolo dall'accantonamento del F.S.R. sopra stabilito, quale maggior onere a carico del S.S.R. derivante dall'eventuale variazione delle tariffe;

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 2005 da utilizzare per il sistema di remunerazione dell'anno 2007;

RITENUTO necessario, per quanto riguarda l'attività di assistenza riabilitativa territoriale estensiva e di mantenimento (all.11)

- di confermare per l'anno 2006 - 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;
- di confermare i criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale e domiciliare - definiti dall'apposita Commissione tecnica ed approvati con la DGR 731/2005 - riguardanti i gruppi diagnostici "patologie osteomuscolari e del tessuto connettivo" e "esiti di traumatismi" e le problematiche specifiche legate all'età evolutiva;
- di proseguire nell'approfondimento della problematica relativa all'appropriatezza dell'attività riabilitativa ambulatoriale e domiciliare estensiva e di mantenimento al fine di individuare i criteri clinici di accesso delle altre patologie, tramite la sopraccitata Commissione tecnica che dovrà concludere i propri lavori entro il 30 giugno 2006;
- di definire le linee organizzative dell'attività di controllo clinico dei progetti riabilitativi che le ASL sono chiamate a garantire;





143 22 MAR. 2006 *dy*

- di integrare il SIAR con la rilevazione dei progetti riabilitativi relativi ai pazienti in carico ai servizi di riabilitazione territoriale delle ASL che dovranno essere redatti secondo la normativa regionale;

RILEVATO l'esigenza di risolvere rapidamente le problematiche afferenti l'integrazione socio sanitaria dei soggetti disabili di cui al DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio sanitaria" e al DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", affrontando in via prioritaria la questione della partecipazione del S.S.R. alla tutela dei minori disabili gravi privi di sostegno familiare, assistiti nelle strutture di accoglienza residenziali, accreditate dai Comuni (gruppo appartamento, case famiglia);

RITENUTO pertanto che la Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R., sentito il Comune di Roma e le associazioni rappresentative degli Enti Locali, definisca con proprio provvedimento la quota a carico del S.S.R. ad integrazione della retta attualmente corrisposta dai Comuni, in via prioritaria per i soggetti in età prescolare 0-6 anni;

RILEVATA la necessità di concludere rapidamente gli accordi - previsti dall DGR 602/2004 e 731/2005 - con le strutture ospedaliere equiparate al pubblico (Policlinici Universitari, IRCCS ed ospedali classificati); per gli anni 2004 e 2005 sulla base del valore della produzione, al netto dei controlli e della inappropriatezza, dell'attività ospedaliera e specialistica effettivamente svolta negli stessi anni;

RITENUTO infine di confermare per l'anno 2006 le procedure attualmente vigenti per il pagamento delle fatture mensili emesse dai soggetti equiparati al pubblico e dai soggetti privati provvisoriamente accreditati che erogano prestazioni sanitarie;

RILEVATA la necessità di rinviare a successivo provvedimento della Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R., sentite le Associazioni maggiormente rappresentative dei soggetti erogatori, la regolamentazione del sistema di fatturazione e di pagamento delle prestazioni medesime, significando che sino ad allora resta in vigore l'attuale disciplina;

All'unanimità

DELIBERA

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

1. di approvare la ripartizione per l'anno 2006 delle risorse destinate al finanziamento dei tre macrolivelli di assistenza, pari complessivamente a € 7.156.434.000;
2. di approvare il sistema di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per l'anno 2006 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, 1bis, 2, 2bis, 3, 3bis 4, 5, 6, 7, 8 e 9 che formano parte integrante del presente provvedimento;
3. di approvare il sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dai soggetti erogatori pubblici, equiparati e privati provvisoriamente accreditati, così come descritto negli allegati 10 e 10bis che formano parte integrante del presente provvedimento;
4. di approvare la regolamentazione dell'attività di assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento contenuta nell'allegato 11 che forma parte integrante del presente provvedimento;



5. di dare mandato alla Direzione Regionale Tutela della Salute e S.S.R, di concerto con la Direzione Regionale Servizi Sociali, sentito il Comune di Roma e le associazioni degli Enti Locali, di definire con proprio provvedimento la quota a carico del S.S.R. ad integrazione della retta attualmente corrisposta dai Comuni per i minori disabili gravi privi del sostegno familiare e in età prescolare 0-6 anni, assistiti nelle strutture di accoglienza residenziali, accreditate dai Comuni (gruppo appartamento, case famiglia).

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 SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

29 MAR 2006



ALLEGATO 1

METODOLOGIA PER LA DEFINIZIONE DELLE NUOVE TARIFFE REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO PER ACUTI

Il DM 21 novembre 2005 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere", visto l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 giugno 2005 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, prevede l'adozione, a partire dal 1 gennaio 2006, della versione 19 del sistema di classificazione DRG.

Tale versione del sistema di classificazione presenta notevoli variazioni rispetto alla versione precedentemente utilizzata. In particolare, introduce 31 nuovi DRG, ne elimina 15 e modifica gli altri DRG nella descrizione e/o nella logica di attribuzione e/o nel significato clinico.

Le variazioni introdotte dalla versione 19 dei DRG rendono indispensabile sia l'indicazione di tariffe per DRG di nuova introduzione, sia l'aggiornamento delle tariffe corrispondenti agli altri DRG.

Dal 1 gennaio 2006 si individuano come prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza i singoli episodi di ricovero, specificati secondo la versione 19 del sistema di classificazione DRG. Le nuove tariffe regionali, i corrispondenti pesi relativi ed i nuovi valori soglia sono riportati nella tabella All. 1 bis.


Le tariffe regionali costituiscono la remunerazione onnicomprensiva corrispondente a ciascun episodio di ricovero. Le nuove tariffe sono state determinate sulla base dei risultati di uno studio sulla rilevazione dei costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, condotto dall'ASP nel periodo 2003-2005, coinvolgendo un campione di undici ospedali, rappresentativo della rete ospedaliera regionale. I relativi pesi sono stati determinati sulla base della casistica regionale per acuti dell'anno 2004.

Nell'ambito di tale studio la stima del costo per singolo DRG è stata effettuata applicando la metodologia top-down, analogamente a quanto attuato dal Ministero della salute per la determinazione delle tariffe ex DM 14.12.1994 e 30.06.1997, tenendo conto dei criteri previsti dal Dlgs 229/1999 e dal DM 15.04.1994.

Secondo la metodologia adottata, i costi complessivamente sostenuti dagli ospedali campione per i ricoveri per acuti, desunti dai rispettivi sistemi di contabilità analitica, sono stati ripartiti per singolo DRG sulla base di specifici algoritmi che consentono di stimare il costo di produzione di ciascun DRG. Tale costo rappresenta la somma dei costi relativi a tutte le prestazioni erogate nel corso dei singoli ricoveri ai pazienti afferenti ai singoli DRG.

Coerentemente con i criteri previsti dal DM 15.04.1994, il costo per DRG è stato determinato considerando i costi diretti di produzione e i costi generali di funzionamento dell'ospedale. In particolare, sono stati considerati il costo del personale direttamente impiegato; il costo dei materiali consumati; il costo ammortamento e manutenzione delle apparecchiature utilizzate; i costi generali.





ALLEGATO 1 bis
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO
ORDINARIO E DIURNO

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESO RELATIVO	
		ORD	1G/DH	GOUT			
1 Craniotomia età > 17 anni, eccetto per traumatismo	C	1	9.134	2.818	187	39	3,1611
2 Craniotomia età > 17 anni, per traumatismo	C	1	8.361	2.787	296	26	2,8973
3 Craniotomia età < 18 anni	C	1	8.696	2.527	209	60	2,972
4 Interventi sul midollo spinale	C	1	6.151	2.825	195	21	2,1419
5 Interventi sui vasi extracranici	C	1	3.721	1.581	162	16	1,3039
6 Decompressione del tunnel carpale	C	1	1.548	750	148	4	0,4803
7 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	C	1	8.298	2.163	239	40	2,8114
8 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	C	1	3.384	2.018	148	14	1,1588
9 Malattie e traumi del midollo spinale	M	1	3.888	264	199	31	1,2019
0 Neoplasie del sistema nervoso con CC	M	1	4.515	244	188	34	1,512
1 Neoplasie del sistema nervoso senza CC	M	1	2.889	220	167	26	0,8694
2 Malattie degenerative del sistema nervoso	M	1	3.358	224	174	23	1,1687
3 Sclerosi multipla e atassia cerebellare	M	1	2.928	209	161	20	0,9847
4 Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	M	1	4.148	246	189	30	1,325
5 Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	M	1	2.642	212	165	21	0,8448
6 Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	M	1	3.851	247	203	25	1,3245
7 Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	M	1	2.607	218	155	20	0,8742
8 Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	M	1	3.805	234	166	25	1,2718
9 Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	M	1	2.196	214	134	22	0,6904
0 Infezioni del sistema nervoso eccetto meningite virale	M	1	6.038	290	224	40	1,9339
1 Meningite virale	M	1	4.208	230	179	20	1,3409
2 Encefalopatia ipertensiva	M	1	2.899	330	252	27	0,9592
3 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	M	1	2.634	253	195	24	0,8926
4 Convulsioni e cefalea età > 17 anni con CC	M	1	3.148	246	189	21	0,999
5 Convulsioni e cefalea età > 17 anni senza CC	M	1	2.005	240	153	17	0,5731
6 Convulsioni e cefalea età < 18 anni	M	1	1.798	256	196	11	0,5369
7 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	M	1	4.418	310	239	31	1,3503
8 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	M	1	3.835	288	219	31	1,2017
9 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	M	1	2.519	263	201	18	0,7133
0 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	M	1	1.593	421	318	4	0,4922
1 Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	M	1	3.037	351	266	19	0,8929
2 Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	M	1	1.833	296	226	10	0,5373
3 Commozione cerebrale, età < 18 anni	M	1	1.257	293	221	4	0,3408
4 Altre malattie del sistema nervoso con CC	M	1	4.020	261	201	41	1,3364
5 Altre malattie del sistema nervoso senza CC	M	1	1.740	244	164	20	0,5492
6 Interventi sulla retina	C	2	2.681	1.454	127	12	0,9017
7 Interventi sull'orbita	G	2	4.047	1.546	165	20	1,3565
8 Interventi primari sull'iride	C	2	2.125	874	175	16	0,706
9 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C	2	1.624	1.000	160	4	0,4694
0 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	2	1.423	928	240	4	0,5428
1 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	C	2	1.359	1.039	269	4	0,457
2 Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	2	2.151	1.062	173	9	0,7187
3 Ifema	M	2	1.141	236	174	13	0,3639
4 Infezioni acute maggiori dell'occhio	M	2	3.044	247	193	26	0,9974
5 Malattie neurologiche dell'occhio	M	2	2.531	212	165	20	0,8146
6 Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	M	2	3.153	273	210	20	1,0104

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESO RELATIVO	
		ORD	1G/DH	GOUT			
47 Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	M	2	1.629	261	181	15	0,5038
48 Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	M	2	1.109	205	155	13	0,3029
49 Interventi maggiori sul capo e sul collo	C	3	6.810	1.942	191	46	2,3185
50 Sialoadenectomia	C	3	2.617	1.445	113	11	0,8929
Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia							
51 Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	C	3	2.539	1.256	136	20	0,8171
52 Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	C	3	2.199	1.248	125	14	0,7291
53 Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	C	3	2.934	1.650	191	9	1,0082
Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola						20	0,655
55 Rinoplastica	C	3	1.955	1.035	212	4	0,7085
Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età > 17 anni						4	0,6689
57 Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18 anni	C	3	1.601	782	182	4	0,6302
Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	C	3	1.450	743	198	7	0,4763
Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	C	3	1.359	694	166	4	0,4594
Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	C	3	802	612	119	4	0,2654
Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	C	3	1.659	890	201	10	0,536
Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	3	1.360	1.326	194	2	0,4833
Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	M	3	3.910	2.168	140	15	1,3198
Alterazioni dell'equilibrio	M	3	3.726	281	210	23	1,2653
Epistassi	M	3	1.690	240	188	15	0,5238
Epiglottite	M	3	1.883	221	166	11	0,5765
Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	M	3	2.106	223	171	13	0,7239
Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	M	3	1.592	235	170	23	0,5168
Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	M	3	1.240	220	149	10	0,3908
Laringotracheite	M	3	1.274	221	170	9	0,3837
Traumatismi e deformità del naso	M	3	871	177	134	5	0,2291
Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	M	3	1.632	338	251	4	0,5525
Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	M	3	1.740	304	191	13	0,5436
Interventi maggiori sul torace	C	4	1.210	277	204	9	0,3078
Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	C	4	9.155	2.588	279	31	3,1678
Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	C	4	7.916	1.157	217	49	2,6462
Embolia polmonare	M	4	2.859	920	124	37	0,9418
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	M	4	5.184	230	178	33	1,6547
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	M	4	6.971	251	192	45	2,4214
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	M	4	4.762	198	182	42	1,6563
Neoplasie dell'apparato respiratorio	M	4	6.257	346	266	27	2,2958
Traumi maggiori del torace con CC	M	4	4.460	264	201	36	1,4329
Traumi maggiori del torace senza CC	M	4	2.826	264	201	18	0,9437
Versamento pleurico con CC	M	4	1.706	222	170	12	0,5376
Versamento pleurico senza CC	M	4	4.590	228	175	31	1,5241
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	4	3.223	219	169	28	0,9982
Malattia polmonare cronica ostruttiva	M	4	3.906	248	191	27	1,2295
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	4	2.682	201	168	21	0,8896
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	M	4	3.862	213	164	29	1,2701
Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	M	4	2.356	193	149	21	0,7446
Malattia polmonare interstiziale con CC	M	4	2.119	203	156	15	0,6958
Malattia polmonare interstiziale senza CC	M	4	4.063	238	183	31	1,3615
Pneumotorace con CC	M	4	2.327	205	158	26	0,7529
Pneumotorace senza CC	M	4	3.854	235	181	28	1,279
Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	M	4	2.207	211	178	16	0,7001
	M	4	2.150	203	157	21	0,714

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	REPERATIVI	
		ORD	1G/DH	GOUT			
97 Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	M	4	1.668	193	136	17	0,4709
98 Bronchite e asma, età < 18 anni	M	4	1.551	189	144	12	0,4811
99 Segni e sintomi respiratori con CC	M	4	2.655	211	162	29	0,8289
100 Segni e sintomi respiratori senza CC	M	4	1.472	199	161	16	0,4026
101 Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	M	4	3.261	204	156	23	1,0416
102 Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	M	4	1.607	197	150	15	0,5053
103 Trapianto cardiaco	C	pre	56.613	7.719	655	73	21,3104
104 maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	C	5	21.124	8.068	319	30	7,4606
105 maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	C	5	16.908	6.223	272	26	5,8891
106 Bypass coronarico con PTCA	C	5	17.124	6.789	266	45	5,8591
107 Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	C	5	12.515	4.775	260	28	4,3186
108 Altri interventi cardiotoracici	C	5	16.436	5.035	492	27	6,0265
109 Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	C	5	13.674	3.983	233	18	4,7299
110 CC	C	5	12.604	3.822	241	36	4,2944
111 CC	C	5	6.900	3.817	150	22	2,3889
112 Amputazione per disturbi circolatori eccetto	O	0	-	-	-	22	0
113 amputazione arto superiore e dita piede	C	5	10.460	1.547	189	67	3,6424
114 Amputazione arto superiore e dita piede per malattie	C	5	7.659	1.024	197	52	2,6514
115 apparato circolatorio	C	5	12.334	6.037	251	31	4,1581
116 Impianto pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca e shock, o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	C	5	7.209	3.624	179	19	2,4478
117 Impianto di pacemaker cardiaco permanente con altre patologie	C	5	3.557	1.553	190	33	1,1755
118 Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	C	5	5.194	4.464	171	4	1,7981
119 Sostituzione di pacemaker cardiaco	C	5	1.858	1.066	279	4	0,6463
120 Legatura e stripping di vene	C	5	6.484	1.644	306	43	2,1443
121 Altri interventi sull'apparato circolatorio	M	5	5.577	357	271	25	1,7911
122 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	M	5	3.803	311	236	17	1,2128
123 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	M	5	4.812	379	280	30	1,0848
124 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	M	5	3.133	407	280	25	1,0204
125 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	M	5	2.080	346	248	9	0,7014
126 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	5	10.067	277	214	102	3,3167
127 Endocardite acuta e subacuta	M	5	3.293	237	182	24	1,0576
128 Insufficienza cardiaca e shock	M	5	2.951	206	160	23	0,9388
129 Tromboflebite delle vene profonde	M	5	4.266	249	182	39	1,0433
130 Arresto cardiaco senza causa apparente	M	5	3.496	217	167	34	1,1273
131 Malattie vascolari periferiche con CC	M	5	2.152	194	149	27	0,6642
132 Malattie vascolari periferiche senza CC	M	5	2.675	203	156	24	0,8795
133 Aterosclerosi con CC	M	5	1.921	198	154	17	0,6086
134 Aterosclerosi senza CC	M	5	1.724	229	142	18	0,5476
135 Ipertensione	M	5	2.467	271	207	21	0,8355
136 Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	M	5	2.148	264	204	16	0,6851
137 Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	M	5					

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESO RELATIVO	
		ORD	IG/DH	GOUT			
137 Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	M	5	2.056	403	303	12	0,7054
138 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	M	5	2.504	232	177	19	0,8041
Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	5	1.609	230	176	14	0,4652
140 Angina pectoris	M	5	1.979	205	159	18	0,6107
141 Sincope e collasso con CC	M	5	2.525	244	188	23	0,7897
142 Sincope e collasso senza CC	M	5	1.765	238	183	21	0,4778
143 Dolore toracico	M	5	1.433	212	164	13	0,3693
144 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	M	5	3.859	281	230	27	1,2814
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	M	5	2.138	247	187	21	0,6516
145 CC	M	5	2.138	247	187	21	0,6516
146 Resezione rettale con CC	C	6	9.204	2.740	221	41	3,1566
147 Resezione rettale senza CC	C	6	6.168	2.239	158	35	2,1197
148 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC	C	6	11.319	2.497	249	48	3,8704
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	C	6	5.976	1.950	180	42	2,0223
149 CC	C	6	5.976	1.950	180	42	2,0223
150 Lisi di aderenze peritoneali con CC	C	6	7.841	1.915	279	36	2,6347
151 Lisi di aderenze peritoneali senza CC	C	6	3.705	1.528	158	29	1,256
152 Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	C	6	6.412	1.671	181	46	2,171
153 Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	C	6	4.230	1.391	153	33	1,4227
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC	C	6	12.148	2.719	251	47	4,2165
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	C	6	4.560	1.895	131	34	1,5572
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	C	6	4.707	1.392	235	30	1,8801
157 Interventi su ano e stoma con CC	C	6	3.908	1.059	203	19	1,4164
158 Interventi su ano e stoma senza CC	C	6	1.558	714	190	4	0,5973
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	6	4.227	1.520	169	29	1,4392
Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	6	2.339	878	128	16	0,7704
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	C	6	2.796	924	225	13	0,9864
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	6	1.811	909	204	4	0,6392
159 Interventi per ernia, età < 18 anni	C	6	1.356	1.119	301	4	0,4969
Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	C	6	5.831	1.614	253	30	1,9709
Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	C	6	2.863	1.334	184	10	0,9928
Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	C	6	3.475	1.347	170	16	1,2027
Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	C	6	2.036	1.154	149	9	0,6901
168 Interventi sulla bocca con CC	C	6	3.376	1.232	231	10	1,3488
169 Interventi sulla bocca senza CC	C	6	1.784	1.091	183	9	0,615
170 Altri interventi sull'apparato digerente con CC	C	6	9.378	1.744	256	53	3,0694
171 Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	C	6	4.805	1.460	189	31	1,6334
172 Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	M	6	4.893	296	222	37	1,6064
173 Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	M	6	2.822	238	174	26	0,9041
174 Emorragia gastrointestinale con CC	M	6	3.515	240	182	23	1,1537
175 Emorragia gastrointestinale senza CC	M	6	2.054	204	155	18	0,6436
176 Ulcera peptica complicata	M	6	3.585	286	217	25	1,182
177 Ulcera peptica non complicata con CC	M	6	3.344	244	187	22	1,1229
178 Ulcera peptica non complicata senza CC	M	6	2.177	231	177	18	0,7285

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	ATTIVITÀ	
		ORD	1G/DH	GOUT			
79 Malattie infiammatorie dell'intestino	M	6	3.194	242	205	26	1,0683
80 Occlusione gastrointestinale con CC	M	6	3.156	217	166	24	0,9814
81 Occlusione gastrointestinale senza CC	M	6	1.878	195	149	17	0,5928
82 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	M	6	2.624	222	170	23	0,8464
83 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	6	1.705	220	146	18	0,4984
84 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	M	6	957	277	166	4	0,3063
85 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	M	3	1.911	305	193	15	0,5294
86 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	M	3	1.557	261	188	9	0,4489
87 Estrazioni e riparazioni dentali	M	3	1.369	363	271	4	0,4281
88 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	M	6	3.548	282	213	28	1,1427
89 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	6	1.715	245	200	15	0,5088
90 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	M	6	1.801	346	250	9	0,4264
91 Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	C	7	16.011	3.278	319	59	5,4753
92 Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	C	7	6.438	2.247	199	48	2,1905
93 Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	7	10.069	2.113	254	52	3,4448
94 Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	7	7.924	1.955	239	51	2,6978
95 Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	7	7.916	2.370	188	49	2,6634
96 Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	7	5.233	1.777	138	46	1,7607
97 Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	7	6.396	1.632	185	36	2,1875
98 Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	7	3.997	1.561	154	19	1,374
99 Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	C	7	7.734	1.742	252	60	2,5842
00 Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	C	7	7.868	1.816	231	53	2,6259
1 Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	C	7	12.031	2.054	310	72	3,9276
2 Cirrosi e epatite alcolica	M	7	4.817	275	209	29	1,5746
3 Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	7	4.632	291	214	34	1,5135
4 Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	M	7	3.678	284	216	26	1,2157
5 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	M	7	4.163	269	205	26	1,4078
6 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	M	7	2.340	265	177	29	0,7454
7 Malattie delle vie biliari con CC	M	7	3.891	261	190	28	1,3166
8 Malattie delle vie biliari senza CC	M	7	2.190	224	153	19	0,692
9 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	C	8	7.808	3.906	186	26	2,6952
0 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	C	8	7.419	1.753	175	36	2,6342
1 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	C	8	5.375	1.588	134	34	1,8444
2 Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	C	8	5.653	2.188	135	30	1,9124
3 Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	8	8.209	1.497	224	103	2,7177
00	0	0	-	-	-	103	0
00	0	0	-	-	-	103	0

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESO RELATIVO	
		ORD	1G/DH	GOUT			
216 Diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	8	5.877	1.618	235	34	2,046
217 Sostituzione ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	C	8	7.720	2.824	305	24	3,1185
218 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	C	8	6.094	2.198	150	32	2,1323
219 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	8	3.862	1.689	116	22	1,3177
220 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	C	8	2.944	1.543	119	13	1,0066
221	D	0	-	-	-	13	0
222	D	0	-	-	-	13	0
223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	C	8	2.734	1.498	157	4	1,092
224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	C	8	2.506	1.656	111	12	0,8432
225 Interventi sul piede	C	8	2.521	1.482	160	8	0,8779
226 Interventi sui tessuti molli con CC	C	8	5.681	1.581	189	36	1,9621
227 Interventi sui tessuti molli senza CC	C	8	2.359	1.356	130	9	0,8038
228 Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	C	8	3.129	1.710	179	12	1,0472
229 Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC	C	8	1.972	1.393	141	4	0,6895
230 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	C	8	3.341	1.437	152	12	1,2115
231 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	C	8	2.833	1.884	187	4	1,0813
232 Artroscopia	C	8	1.627	1.057	140	4	0,6227
233 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	C	8	6.694	2.488	178	39	2,3022
234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	C	8	3.714	2.132	149	12	1,2935
235 Fratture del femore	M	8	2.844	205	153	56	0,7456
236 Fratture dell'anca e della pelvi	M	8	2.829	199	152	31	0,8304
237 Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	M	8	2.618	212	161	30	0,8459
238 Osteomielite	M	8	5.305	299	227	55	1,7588
239 Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	M	8	4.124	236	181	33	1,3479
240 Malattie del tessuto connettivo con CC	M	8	5.825	315	243	29	1,9966
241 Malattie del tessuto connettivo senza CC	M	8	2.556	222	172	22	0,8403
242 Artrite settica	M	8	4.814	240	166	50	1,5849
243 Affezioni mediche del dorso	M	8	1.916	237	116	22	0,5981
244 Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	M	8	2.677	230	177	24	0,9267
245 Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	M	8	1.649	228	148	24	0,5317
246 Artropatie non specifiche	M	8	2.517	192	149	24	0,8327
247 Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	M	8	1.875	246	140	20	0,5413
248 Tendinite, miosite e borsite	M	8	2.688	229	175	23	0,8334
249 Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	8	1.439	294	167	19	0,4584
250 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	M	8	2.294	272	200	16	0,7306
251 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	M	8	1.608	234	168	9	0,425
252 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	M	8	1.049	243	171	7	0,2525
253 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	M	8	2.623	217	165	25	0,8424



DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	VALORE RELATIVO	
		ORD	IG/DH	GOUT			
54 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	M	8	1.525	196	144	12	0,4052
55 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	M	8	1.199	258	185	4	0,4026
56 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	M	8	1.699	273	198	13	0,5383
57 Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	C	9	3.359	1.609	130	20	1,1677
58 Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	C	9	3.175	1.603	116	16	1,0825
59 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	C	9	2.922	1.234	164	15	1,0229
60 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C	9	2.330	926	154	13	0,7865
61 Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	C	9	2.853	2.048	131	9	0,9573
62 Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	C	9	1.559	904	249	4	0,5467
63 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	C	9	7.305	1.349	269	50	2,5728
64 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite senza CC	C	9	4.778	1.006	185	35	1,6102
65 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	C	9	4.683	1.896	244	23	1,6422
66 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C	9	2.469	1.380	196	12	0,8256
67 Interventi perianali e pilonidali	C	9	1.610	769	166	4	0,5323
68 Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	C	9	2.906	1.839	167	10	0,9894
69 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	C	9	5.157	1.371	246	39	1,8084
70 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	C	9	1.716	779	166	13	0,5391
71 Ulcere della pelle	M	9	4.985	246	187	36	1,6798
72 Malattie maggiori della pelle con CC	M	9	3.618	216	165	37	1,2054
73 Malattie maggiori della pelle senza CC	M	9	1.967	168	130	30	0,6377
74 Neoplasie maligne della mammella con CC	M	9	5.608	389	301	40	1,7678
75 Neoplasie maligne della mammella senza CC	M	9	1.760	242	185	28	0,5357
76 Patologie non maligne della mammella	M	9	1.346	256	200	13	0,3406
77 Cellulite età > 17 anni con CC	M	9	3.938	234	181	30	1,306
78 Cellulite età > 17 anni senza CC	M	9	1.963	214	128	22	0,5571
79 Cellulite età < 18 anni	M	9	2.032	219	169	16	0,6098
80 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	M	9	2.245	317	253	16	0,6838
81 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	M	9	1.574	247	186	9	0,4289
82 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	M	9	1.278	523	267	4	0,3369
83 Malattie minori della pelle con CC	M	9	2.542	241	129	24	0,8373
84 Malattie minori della pelle senza CC	M	9	1.321	229	128	19	0,3893
85 Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	C	10	10.626	1.239	169	84	3,7195
86 Interventi sul surrene e sulla ipofisi	C	10	6.292	2.284	192	24	2,2238
87 Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	C	10	5.355	1.054	185	42	1,8484
88 Interventi per obesità	C	10	3.903	2.391	162	16	1,3396
89 Interventi sulle paratiroidi	C	10	3.066	1.238	128	27	1,0716
90 Interventi sulla tiroide	C	10	2.442	1.005	161	10	0,8549
91 Interventi sul dotto tiroglossale	C	10	1.840	1.094	123	11	0,6132
92 Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	C	10	8.536	2.246	298	78	2,872
93 Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	C	10	4.934	1.067	126	38	1,681

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESO RELATIVO	
		ORD	IG/DH	GOUT			
294 Diabete età > 35 anni	M	10	2.529	219	133	20	0,8145
295 Diabete età < 36 anni	M	10	2.012	346	164	20	0,6245
296 Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	M	10	3.674	244	188	23	1,2154
297 Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	M	10	1.953	166	127	20	0,6079
298 Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	M	10	1.597	209	160	10	0,5071
299 Difetti congeniti del metabolismo	M	10	3.490	315	239	17	0,989
300 Malattie endocrine con CC	M	10	3.280	273	226	24	1,1289
301 Malattie endocrine senza CC	M	10	1.707	269	137	21	0,5373
302 Trapianto renale	C	11	21.940	2.746	410	43	7,4879
303 Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia	C	11	8.358	2.430	197	39	2,872
304 Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia maligna con CC	C	11	7.356	1.846	229	36	2,4944
305 Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia maligna senza CC	C	11	4.152	1.790	136	21	1,426
306 Prostatectomia con CC	C	11	4.385	1.035	213	56	1,5228
307 Prostatectomia senza CC	C	11	2.693	961	124	14	0,9276
308 Interventi minori sulla vescica con CC	C	11	6.034	1.705	181	28	2,1324
309 Interventi minori sulla vescica senza CC	C	11	3.074	1.604	119	16	1,057
310 Interventi per via transuretrale con CC	C	11	3.453	1.081	158	20	1,1882
311 Interventi per via transuretrale senza CC	C	11	2.438	984	121	12	0,8372
312 Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	C	11	3.719	1.201	195	30	1,2398
313 Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	C	11	2.400	1.127	117	11	0,817
314 Interventi sull'uretra, età < 18 anni	C	11	1.985	1.107	144	20	0,6445
315 Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	C	11	5.656	1.595	287	40	1,8938
316 Insufficienza renale	M	11	4.490	270	205	29	1,4681
317 Ricovero per dialisi renale	M	11	2.099	313	228	30	0,5653
318 Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	M	11	4.489	271	207	36	1,4472
319 Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	M	11	3.062	268	199	28	0,9015
320 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	M	11	3.014	229	167	21	1,0322
321 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	11	2.152	218	159	18	0,6781
322 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	M	11	1.667	189	146	13	0,533
323 Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	M	11	2.054	249	177	16	0,6558
324 Calcolosi urinaria senza CC	M	11	1.325	217	163	12	0,4015
325 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	M	11	2.360	258	164	21	0,7651
326 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	11	1.642	216	148	15	0,4902
327 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	M	11	1.615	213	160	10	0,4895
328 Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	M	11	2.727	236	176	20	0,9087
329 Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	M	11	1.486	204	149	18	0,5034
330 Stenosi uretrale, età < 18 anni	M	11	1.235	196	135	18	0,3378
331 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	M	11	4.053	247	189	29	1,3329
332 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	M	11	2.100	251	173	20	0,6212
333 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	M	11	2.435	254	191	15	0,7807
334 Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	C	12	5.146	1.819	201	22	1,8006
335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	C	12	4.286	1.366	166	16	1,4799
336 Prostatectomia transuretrale con CC	C	12	3.382	1.074	147	16	1,1926
337 Prostatectomia transuretrale senza CC	C	12	2.432	954	113	12	0,8371
338 Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	C	12	3.834	1.465	245	15	1,2719
339 Interventi sul testicolo non per neoplasia maligne, età > 17 anni	C	12	2.093	1.200	234	4	0,7324

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESCO RELATIVO	
		ORD	1G/DH	GOUT			
Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	C	12	1.462	1.007	155	4	0,4813
41 Interventi sul pene	C	12	3.737	2.027	175	15	1,2607
42 Circoncisione età > 17 anni	C	12	1.426	901	187	7	0,4679
43 Circoncisione età < 18 anni	C	12	941	694	151	4	0,3072
Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	C	12	3.318	1.743	124	36	1,0869
45 Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	C	12	2.234	906	170	26	0,7444
16 Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	M	12	4.189	273	209	34	1,3723
17 Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	M	12	1.852	226	145	27	0,584
18 Ipertrofia prostatica benigna con CC	M	12	2.125	241	180	26	0,6922
19 Ipertrofia prostatica benigna senza CC	M	12	1.515	211	152	20	0,469
20 Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	M	12	2.048	261	199	16	0,6203
21 Sterilizzazione maschile	M	12	-	-	-	3	0
Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	M	12	1.344	288	207	4	0,3756
2 Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	C	13	6.600	2.148	215	26	2,2733
3 Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	C	13	5.926	1.684	201	32	2,144
4 Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	C	13	3.420	1.372	140	15	1,1781
5 Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	C	13	2.297	1.228	111	14	0,7802
6 Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	C	13	5.998	1.644	187	31	2,041
7 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	C	13	3.307	1.422	155	19	1,1456
8 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	13	2.421	1.308	130	15	0,8081
9 Interventi su vagina, cervice e vulva	C	13	2.320	1.332	141	11	0,7293
10 Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	C	13	1.926	1.308	159	4	0,7001
11 Occlusione endoscopica delle tube	C	13	1.424	942	136	4	0,4906
12 Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto di materiale radioattivo per neoplasie maligne	C	13	3.244	962	316	9	1,1548
13 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C	13	1.438	731	267	4	0,4553
14 Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	C	13	4.597	1.658	228	29	1,5915
15 Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	M	13	5.147	368	282	36	1,7302
16 Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	M	13	2.122	220	164	18	0,6371
17 Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	M	13	2.147	263	202	13	0,6702
18 Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	M	13	1.343	306	180	9	0,3589
19 Parto cesareo con CC	C	14	3.077	575	195	17	1,1038
20 Parto cesareo senza CC	C	14	2.035	546	190	10	0,7024
21 Parto vaginale con diagnosi complicanti	M	14	1.749	207	156	9	0,6106
22 Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	14	1.534	317	203	4	0,5383
23 Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C	14	1.904	787	251	10	0,6654
24 Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	C	14	1.466	624	224	7	0,5179
25 Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	M	14	1.462	252	192	7	0,3855
26 Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	C	14	2.766	1.222	251	13	0,7593
27 Gravidanza ectopica	M	14	2.012	309	190	10	0,6655
28 Minaccia di aborto	M	14	1.592	233	180	12	0,4742

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESO RELATIVO	
		ORD	IG/DH	GOUT			
380 Aborto senza dilatazione e raschiamento	M	14	1.231	294	222	4	0,3214
381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	14	1.519	713	263	4	0,3679
382 Falso travaglio	M	14	452	346	169	16	0,1806
383 Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	M	14	1.523	284	188	12	0,4724
384 Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	M	14	1.383	245	171	12	0,4132
385 Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	O	15	4.413	277	210	22	0,6586
386 Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	O	15	17.950	330	257	138	6,0212
387 Prematurità con affezioni maggiori	O	15	10.554	444	343	67	3,5481
388 Prematurità senza affezioni maggiori	D	15	3.865	194	150	26	1,318
389 Neonati a termine con affezioni maggiori	O	15	2.782	246	185	16	0,9566
390 Neonati con altre affezioni significative	D	15	1.255	136	105	11	0,4277
391 Neonato normale	O	15	532	178	101	8	0,1806
392 Splenectomia, età > 17 anni	C	16	7.548	1.980	285	34	2,6056
393 Splenectomia, età < 18 anni	C	16	4.510	1.575	195	22	1,4856
394 Altri interventi sugli organi emopoietici	C	16	3.596	1.258	215	23	1,1246
395 Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	16	3.321	274	233	25	1,0807
396 Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	M	16	2.327	274	209	16	0,6986
397 Disturbi della coagulazione	M	16	3.678	292	226	24	1,1807
398 Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	M	16	6.594	441	342	28	2,1984
399 Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	M	16	2.472	219	169	19	0,779
400 Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	C	17	6.673	2.028	264	28	2,3445
401 Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	C	17	10.939	1.669	299	60	3,6915
402 Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	C	17	4.347	1.474	176	34	1,4043
403 Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	17	5.820	398	304	43	1,9346
404 Linfoma e leucemia non acuta senza CC	M	17	3.371	285	217	26	1,1038
405 Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	M	17	8.820	493	377	30	3,133
406 Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	C	17	10.928	2.628	303	58	3,828
407 Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	C	17	4.415	1.824	187	26	1,5276
408 Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	C	17	6.484	1.667	443	14	2,4206
409 Radioterapia	M	17	3.435	380	293	32	1,3995
410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	17	1.777	466	351	9	0,6389
411 Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	M	17	1.534	262	157	18	0,4759
412 Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	M	17	1.367	167	113	12	0,4512
413 Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	M	17	5.275	273	222	38	1,6463
414 Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	M	17	3.289	215	164	34	0,977
415 Interventi chirurgici per malattie infettive e parassitarie	C	18	14.170	2.111	372	73	4,6877
416 Setticemia, età > 17 anni	M	18	6.693	288	220	41	2,0956
417 Setticemia, età < 18 anni	M	18	3.114	305	236	23	1,0031
418 Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	M	18	3.526	266	203	29	1,1171
419 Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	M	18	3.314	265	204	25	1,0878
420 Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	M	18	2.380	223	172	22	0,6487
421 Malattie di origine virale, età > 17 anni	M	18	2.016	213	164	17	0,6685
422 Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	M	18	1.691	196	150	10	0,5272

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	VALORE RELATIVO	
		ORD	IG/DH	GOUT			
423 Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con	M	18	4.614	333	256	34	1,5389
424 diagnosi principale di malattia mentale Reazione acuta di adattamento e disfunzione	C	19	7.972	1.475	311	47	2,5098
425 psicosociale	M	19	2.034	225	174	18	0,5733
426 Nevrosi depressive	M	19	1.867	206	133	22	0,559
427 Nevrosi eccetto nevrosi depressive	M	19	1.660	222	188	25	0,5001
428 Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	M	19	2.762	203	159	34	0,8213
429 Disturbi organici e ritardo mentale	M	19	2.889	217	182	29	0,9203
430 Psicosi	M	19	3.740	207	162	38	1,1323
431 Disturbi mentali dell'infanzia	M	19	2.346	280	219	23	0,6747
432 Altre diagnosi relative a disturbi mentali Abuso o dipendenza da alcool/farmaci, dimesso contro	M	19	1.438	253	198	16	0,4679
433 il parere dei sanitari	M	20	1.008	204	157	10	0,1182
434	O O	0	-	-	-	10	0
435	O O	0	-	-	-	10	0
436	O O	0	-	-	-	10	0
437	O O	0	-	-	-	10	0
438	O O	0	-	-	-	10	0
439 Trapianti di pelle per traumatismo	C	21	4.407	1.643	163	38	1,5199
440 Sbrigliamento di ferite per traumatismo	C	21	6.259	1.474	261	40	2,1502
441 Interventi sulla mano per traumatismo	C	21	2.576	1.600	158	12	0,8168
442 Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	C	21	6.730	1.407	275	50	2,1971
443 Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	C	21	2.264	1.219	159	19	0,7713
444 Traumatismi, età > 17 anni con CC	M	21	2.978	239	181	34	0,9666
445 Traumatismi, età > 17 anni senza CC	M	21	1.744	204	155	10	0,4857
446 Traumatismi, età < 18 anni	M	21	1.395	269	201	7	0,3783
447 Reazioni allergiche, età > 17 anni	M	21	1.731	228	174	14	0,51
448 Reazioni allergiche, età < 18 anni	M	21	857	206	157	7	0,2653
449 Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	M	21	2.779	280	213	21	0,7847
450 Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	M	21	1.463	217	166	11	0,3278
451 Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	M	21	1.268	316	239	4	0,2439
452 Complicazioni di trattamenti con CC	M	21	3.136	248	186	26	0,9929
453 Complicazioni di trattamenti senza CC	M	21	1.662	205	149	19	0,4491
454 Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	M	21	3.364	319	214	34	1,0095
455 Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	M	21	1.848	281	139	28	0,3607
456	O O	0	-	-	-	28	0
457	O O	0	-	-	-	28	0
458	O O	0	-	-	-	28	0
459	O O	0	-	-	-	28	0
460	O O	0	-	-	-	28	0
461 Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	23	3.835	1.415	241	22	1,2719
462 Riabilitazione	M	23	1.362	252	188	34	0,4349
463 Segni e sintomi con CC	M	23	2.347	205	158	27	0,7224
464 Segni e sintomi senza CC	M	23	1.864	197	152	17	0,4747
465 Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M	23	1.599	375	241	10	0,3926
466 Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M	23	1.578	248	162	9	0,3769
467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	23	1.273	269	169	9	0,3564
468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	C	pre	7.305	2.201	282	58	2,3119
469 Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	O	pre	452	103	82	16	0,1345
470 Non attribuibile ad altro DRG	O	pre	452	61	48	10	0,1329

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PESO RELATIVO	
		ORD	1G/DH	GOUT			
471 Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	C	8	14.960	5.982	148	88	5,2277
472 Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori. età > 17 anni	O	0	-	-	-	88	0
473 Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita	M	17	15.054	614	473	78	4,704
474 Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	O	0	-	-	-	78	0
475 Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	M	4	10.037	429	318	44	3,025
476 Altri interventi sul sistema cardiovascolare con CC	C	pre	4.794	1.367	234	30	1,613
477 Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	C	pre	4.110	1.055	198	48	1,2927
478 Trapianto di fegato	C	5	8.190	2.408	233	43	2,7568
479 Trapianto di midollo osseo	C	5	4.256	2.046	150	26	1,4556
480 Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	C	pre	41.067	8.255	386	90	13,8852
481 Tracheostomia eccetto per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	C	pre	40.428	4.383	1.005	50	14,1338
482 Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti	C	pre	13.787	3.328	213	59	4,7401
483 Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli	C	24	44.825	5.493	424	112	18,0764
484 Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti	C	24	19.811	8.815	617	118	6,137
485 Altri traumasmi multipli rilevanti	C	24	12.792	4.058	306	62	4,4705
486 H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	C	24	14.047	4.486	236	51	4,4983
487 H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	M	24	5.240	309	230	34	1,6668
488 H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	C	25	14.853	2.009	366	109	7,7065
489 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	M	25	6.883	348	267	53	2,4287
490 Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	25	3.407	286	219	29	1,1253
491 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	C	8	5.788	2.949	113	21	1,9818
492 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	M	17	5.580	465	357	58	1,8323
493 Trapianto di polmone	C	7	5.484	2.085	218	33	1,8717
494 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	C	7	3.027	1.687	164	10	1,0446
495 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	C	pre	23.449	3.197	271	60	7,8896
496 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	C	8	15.912	7.235	179	59	5,4942
497 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	C	8	10.634	5.234	162	58	3,634
498 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	C	8	7.658	4.719	167	21	2,6726
499 Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	C	8	5.849	1.872	132	27	2,08
500 Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	C	8	2.683	1.372	120	14	0,934
501 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	C	8	8.552	2.032	152	68	2,8774
502 Ustioni estese di terzo grado con innesto di cute	C	8	3.842	1.463	141	42	1,2927
503 Ustioni estese di terzo grado senza innesto di cute	C	8	2.693	1.446	138	4	0,9628
504 Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	C	22	37.658	8.901	244	85	13,245
505 Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	M	22	6.519	244	163	70	1,7242
506 Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	C	22	15.460	3.092	401	63	7,335
507 Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	C	22	8.844	2.299	308	35	3,0922

DRG	MDC	CLASSE C			VALORE SOGLIA	PERCENTUALE RELATIVO	
		ORD	IG/DH	GOUT			
Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o 508 lesione da inalazione con CC o trauma significativo	M	22	3.759	366	239	31	1,2451
Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o 509 lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	M	22	3.447	322	183	22	1,0795
510 Ustioni non estese con CC o trauma significativo	M	22	4.989	624	444	35	1,8245
511 Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	M	22	2.236	237	174	18	0,6765
512 Trapianto simultaneo di pancreas/rene	C	pre	23.042	2.883	267	65	7,7526
513 Trapianto di pancreas	C	pre	23.276	2.913	269	51	7,8314
514 Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco	C	5	24.853	15.245	212	33	8,4114
515 Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	C	5	22.760	13.920	199	51	7,6317
Interventi sul sistema cardiovascolare per via 16 percutanea con IMA	C	5	8.489	3.192	323	17	2,8903
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con inserzione di stent nell'arteria 17 coronarica senza IMA	C	5	6.689	2.968	295	11	2,2953
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria 18 coronarica senza IMA	C	5	4.848	2.081	435	7	1,8419
19 Artrodesi vertebrale cervicale con CC	C	8	7.835	2.962	126	79	2,9154
20 Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	C	8	4.475	2.709	119	15	1,5895
21 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	M	20	2.752	249	193	24	0,8215
Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	M	20	2.509	243	188	25	0,8442
22 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	M	20	1.177	125	97	22	0,2665





ALLEGATO 2

CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI PUBBLICI EQUIPARATI AL PUBBLICO E PRIVATI ACCREDITATI

I risultati dello studio condotto dall'ASP per la definizione delle nuove tariffe regionali hanno evidenziato consistenti differenze nei costi di produzione tra le diverse strutture, attribuibili sostanzialmente alla diversa complessità strutturale ed organizzativa.

Pertanto, si è stabilito di classificare tutte le strutture ospedaliere per acuti pubbliche, equiparate al pubblico e private accreditate presenti nella Regione secondo le caratteristiche che possono influenzare il costo di produzione e che devono essere quindi tenute in considerazione nella definizione di un'articolazione tariffaria.

Ai fini della classificazione sono stati identificati i seguenti requisiti:

- Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che svolgono istituzionalmente attività di didattica e/o di ricerca, con dotazione di posti letto superiore a 120;
- Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che dispongono di almeno 50 posti letto afferenti ad almeno tre alte specialità (ai sensi del DM 29.01.1992 "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità.)
- Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che dispongono di oltre 450 posti letto.

Ai sensi della normativa in vigore le strutture ospedaliere di ricovero per acuti che svolgono istituzionalmente attività di didattica e di ricerca sono quelle in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia ovvero strutture monospecialistiche presso le quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso l'Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo. Le strutture ospedaliere di ricovero per acuti che svolgono istituzionalmente attività di ricerca sono quelle riconosciute Istituti di cura a carattere scientifico.

Sulla base dei requisiti indicati sono state definite **quattro classi** di ospedali pubblici, equiparati ai pubblici e privati accreditati per acuti:


Classe A – Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno due dei requisiti indicati;

Classe B - Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che possiedono almeno uno dei requisiti indicati ovvero siano monospecialistici con riferimento ad una delle alte specialità ex DM 29.01.1992, ovvero siano strutture pubbliche di riferimento provinciale;

Classe C - Strutture ospedaliere di ricovero per acuti che non possiedono alcuno dei requisiti indicati, ma dispongono di almeno 120 posti letto, ovvero non abbiano 120 posti letto ma svolgano istituzionalmente attività di didattica o di ricerca ovvero siano monospecialistici, ovvero sede di Pronto Soccorso, ovvero 2° livello per l'assistenza perinatale;

Classe D – le altre strutture, comprese quelle nelle quali l'attività per acuti sia minima parte rispetto all'attività di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie.





Per le strutture alle quali nel corso dell'anno dovesse essere riconosciuto uno dei requisiti previsti per la collocazione nella fascia superiore a quella attribuita con il presente provvedimento, e comunque per le strutture nelle quali sia attivato un Dipartimento di Urgenza ed Emergenza di I livello collocate in fascia C, qualora si renda necessario valutare il particolare impegno e qualificazione professionale nei confronti della popolazione assistita rispetto al bacino di utenza servito ed alla presenza di strutture pubbliche di ricovero sul territorio di riferimento, la Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R. provvederà con propria determinazione alla modificazione della classe tariffaria e del relativo budget.

Nell'allegato **2bis** è riportato l'elenco delle strutture afferenti alle quattro classi.

Gli ospedali compresi nella classe C sono remunerati secondo la tariffa base regionale, di cui all'Allegato **1bis**.

Gli ospedali compresi nella classe A sono remunerati secondo la tariffa base regionale incrementata del 5%.

Gli ospedali compresi nella classe B sono remunerati secondo la tariffa base regionale incrementata del 3%.

Gli ospedali compresi nella classe D sono remunerati secondo la tariffa base regionale ridotta del 5%.

Al fine di valutare le variazioni dei costi nel tempo e di identificare ulteriori fattori di variabilità tra categorie di erogatori, la Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R., con la collaborazione dell'ASP, provvederà a realizzare un sistematico monitoraggio dei costi di produzione dei ricoveri ospedalieri, nel cui ambito dovranno essere coinvolte strutture di ricovero e cura pubbliche, equiparate al pubblico e private accreditate.

ALLEGATO 2 BIS
CLASSIFICAZIONE DEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA PER ACUTI

Classe A		
120904	Bambino Gesù	Roma
120915	Campus Biomedico	Roma
120908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Roma
120200	P.O. Latina Nord	Latina
120905	Policlinico A. Gemelli	Roma
120906	Policlinico Umberto I	Roma
120901	San Camillo - Forlanini	Roma
120903	San Filippo Neri	Roma
120902	San Giovanni	Roma
120072	San Giovanni Calibita - FBF	Roma
120071	San Pietro - Fatebenefratelli	Roma
120919	Sant'Andrea	Roma
120068	Sant'Eugenio	Roma
120920	Tor Vergata	Roma

Classe B		
120180	Aurelia Hospital	Roma
120274	Belcolle	Viterbo
120058	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma
120173	European Hospital	Roma
120912	I. N. R. C. A.	Roma
120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina
120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	Roma
120918	Lazzaro Spallanzani	Roma
120026	P.O. Santo Spirito	Roma
120019	San Camillo de Lellis	Rieti
120267	Sandro Pertini	Roma
120216	Umberto I	Frosinone (FR)



ALLEGATO 2 BIS
CLASSIFICAZIONE DEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA PER ACUTI



Classe C		
120003	Andosilla	Civitacastellana (VT)
120052	Angelucci	Subiaco
120064	Antonio e Carlo Cartoni	Rocca Priora
120215	Città di Aprilia	Aprilia (LT)
120171	Citta' di Roma	Roma
120002	Civile di Acquapendente	Acquapendente (VT)
120218	Civile di Anagni	Anagni (FR)
120221	Civile di Ceccano	Ceccano (FR)
120004	Civile di Montefiascone	Montefiascone (VT)
120007	Civile di Tarquinia	Tarquinia (VT)
120054	Civile Paolo Colombo	Velletri
120051	Coniugi Bernardini	Palestrina
120074	Cristo Re	Roma
120022	Francesco Grifoni	Amatrice (RI)
120228	Gemma de Bosis	Cassino (FR)
120034	George Eastman	Roma
120061	Giovanni Battista Grassi	Roma
120132	Guarnieri	Roma
120075	Israelfico	Roma
120176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata
120055	Luigi Spolverini	Ariccia
120076	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	Roma
120105	Marco Polo	Roma
120020	Marzio Marini	Magliano Sabina (RI)
120166	Nuova Ifor	Roma
120037	Nuovo Regina Margherita	Roma
120044	P.O. Albano-Genzano	Albano Laziale
120043	P.O. Anzio-Nettuno	Anzio
120204	P.O. Latina Centro	Terracina (LT)
120206	P.O. Latina Sud	Fornia (LT)
120103	P.O.I. Portuense	Roma
120059	Padre Pio	Bracciano
120046	Parodi Delfino	Colleferro
120225	Pasquale Del Prete	Pontecorvo (FR)
120165	Policlinico Casilino	Roma
120070	Regina Apostolorum	Albano Laziale
120030	Regionale Oftalmico	Roma
120217	San Benedetto	Alatri (FR)
120073	San Carlo di Nancy	Roma
120163	San Feliciano	Roma
120027	San Giacomo	Roma
120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli
120048	San Giuseppe	Marino
120045	San Paolo	Civitavecchia
120910	San Raffaele Pisana	Roma
120047	San Sebastiano Martire	Frascati
120115	Santa Famiglia	Roma
120134	Sant'Anna	Pomezia
120226	Santissima Trinita'	Sora (FR)
120049	Santissimo Gonfalone	Monterotondo
120113	Villa Pia	Roma
120084	Villa Tiberia	Roma



ALLEGATO 2 BIS
CLASSIFICAZIONE DEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA PER ACUTI

Classe D	
120169 Annunziatella	Roma
120209 Casa del Sole	Formia (LT)
120065 Centro Paraplegici	Roma
120155 Chirurgia Addominale all'Eur	Roma
120143 Concordia Hospital	Roma
120157 Fabia Mater	Roma
120099 Life Hospital	Roma
120096 Madonna delle Grazie	Velletri
120162 Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma
120089 Nuova Clinica Latina	Roma
120159 Nuova Villa Claudia	Roma
120012 Salus	Viterbo
120080 San Giorgio	Roma
120067 San Giovanni Battista	Zagarolo
120126 San Giuseppe	Roma
120116 San Luca	Roma
120213 San Marco	Latina
120196 San Raffaele	Velletri
120006 Sant'Anna	Ronciglione
120236 Santa Teresa	Isola del Liri (FR)
120014 Santa Teresa del Bambino Gesù	Viterbo
120230 Sant'Anna	Cassino (FR)
120062 Santissimo Salvatore	Palombara Sabina
120140 Siligato	Civitavecchia
120036 Villa Albani	Anzio
120097 Villa Aurora	Roma
120211 Villa Azzurra	Terracina (LT)
120082 Villa delle Querce	Nemi
120079 Villa Domelia	Roma
120234 Villa Gioia	Sora (FR)
120235 Villa Serena	Cassino (FR)
120278 Villa Silvana	Aprilia
120083 Villa Valeria	Roma





ALLEGATO 3

SISTEMA DI FINANZIAMENTO E DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO PER ACUTI PER L'ANNO 2006

Il sistema di finanziamento e di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti che si conferma per l'anno 2006 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 185 ricoveri per 1000 abitanti nel 2006;
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 € 2.773 mln che - al netto della spesa per i ricoveri in mobilità passiva (€185 mln) e per i neonati sani (€ 17 mln) - viene così destinato:

- € 2.538 mln alla remunerazione dei ricoveri programmati nell'ambito dell' obiettivo 2;
- € 33 mln per remunerare in modo regressivo eventuali superamenti dei tetti stabiliti, fino ad un massimo di ricoveri pari al 2% del programmato, privilegiando i casi di elevata complessità, previa verifica a consuntivo del rispetto del tasso di ospedalizzazione programmato.

A detto fondo vanno aggiunti € 46 mln per la remunerazione dell'attività attualmente svolta in ricovero ospedaliero relativamente ai DRG 006 (decompressione del tunnel carpale) e 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) per la maggior parte della quale nel corso del 2006 è atteso lo svolgimento in regime ambulatoriale.

Dalla produzione dell'anno 2005 - stimata - tali risorse risultano così distribuite per tipologia amministrativa degli Ospedali:

Presidio ASL	16.859.384
Azienda ospedaliera	4.410.874
Policlinico universitario	4.267.832
IRCCS	565.750
Istituto classificato	4.350.804
Cdc Accreditata	15.569.811
TOTALE	46.024.455





Nell'ambito del € 2.538 mln viene individuato un tetto economico specifico per soggetto erogatore, differenziato per regime di ricovero e articolato 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 >1,900
- B peso >1,000 e <1,900
- 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 assegnati in caso di erronea o incompleta compilazione della scheda di dimissione (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) + MDC 15 escluso 391, esclusi 468 424 476 477, 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 2004-2005;
2. riduzione dei ricoveri proporzionale al decrescere della complessità per gli ordinari;
3. sostanziale mantenimento dei livelli complessivi 2005 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;
4. vincolo del numero complessivo di ricoveri al tasso di ospedalizzazione programmato di 185 per mille abitanti (pari a 982.902 ricoveri).

Per attuare i criteri sopraindicati, si applicano i seguenti coefficienti ai casi erogati nel 2004/2005:

coefficienti di adeguamento		
Classe DRG	ordinari	day hospital
A	1	1
B	0,95	1
C	0,82	1,05
D	0,6	0,86

Con il procedimento sopradescritto vengono determinati i volumi di ricoveri programmati per il 2006 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 185 per mille. Il totale regionale è riportato qui di seguito:



TETTO VOLUME RICOVERI 2006			
classe drg	ricoveri		
	ordinari	day hospital	totale
A	110.679	3.968	114.647
B	175.088	37.928	213.016
C	218.771	158.450	377.221
D	112.152	165.866	278.018
TOTALE	616.690	366.212	982.902

Applicando a ciascun istituto, secondo la classe di appartenenza, le tariffe per DRG ai volumi programmati, la spesa programmata è pari a € 2.538.129,816 articolata per classe di DRG e per tipologia di ricovero:

TETTO DI SPESA 2006			
classe drg	ricoveri		
	ordinari	day hospital	totale
A	799.435.312	10.634.093	810.069.405
B	695.080.121	66.062.550	761.142.671
C	440.336.335	203.073.152	643.409.487
D	197.990.625	125.517.628	323.508.253
TOTALE	2.132.842.393	405.287.423	2.538.129.816

Il sistema prevede che la casistica che rientra nei volumi programmati sia remunerata integralmente secondo le tariffe regionali.

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 2% 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 2% sino alla concorrenza del risparmio realizzato in ogni classe di prestazioni.

Il budget per singolo soggetto erogatore ha valenza per l'intero anno 2006.

I soggetti erogatori sono tenuti a programmare la loro attività in modo da garantire la continuità assistenziale per l'intero arco dell'anno, in relazione alla domanda espressa con particolare riferimento al livello dell'urgenza.

Le ASL verificheranno, attraverso il Sistema Informativo e il fatturato, se i soggetti erogatori privati accreditati adempiono alla suindicata disposizione e ne daranno tempestiva comunicazione alla Regione che, se del caso, interverrà ponendo limiti alla produzione dei mesi successivi ed anche effettuando controlli specifici presso le strutture erogatrici.

La Regione, per i presidi ospedalieri pubblici ed equiparati al pubblico, effettuerà analoghe verifiche, anche in rapporto alle azioni definite in sede di concordamento.

ALLEGATO 3 bis

**ANNO 2006 - RICOVERI PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO E DI DAY HOSPITAL
BUDGET PER OSPEDALE PER CLASSE DI COMPLESSITA' DELLE PRESTAZIONI**

tipo	COA	OSPEDALE		RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE		
		classe DRG	nome	n	spesa	n	spesa	n	spesa	
1	101	120027	San Giacomo	Roma	841	5.657.483	16	25.885	857	5.683.348
1	101	120027	San Giacomo	Roma	1.660	6.487.610	295	333.519	1.955	6.821.129
1	101	120027	San Giacomo	Roma	1.447	2.916.186	1.139	1.915.367	2.586	4.831.553
1	101	120027	San Giacomo	Roma	777	1.489.889	449	333.831	1.226	1.823.720
1	101	120027	San Giacomo	Roma	4.725	16.551.148	1.899	2.608.602	6.624	19.159.750
1	101	120034	George Eastman	Roma	15	113.504	-	-	15	113.504
1	101	120034	George Eastman	Roma	275	1.049.518	50	105.911	326	1.155.429
1	101	120034	George Eastman	Roma	525	1.049.386	81	85.301	606	1.134.687
1	101	120034	George Eastman	Roma	420	670.894	1.165	1.378.032	1.585	1.948.726
1	101	120034	George Eastman	Roma	1.236	2.783.102	1.296	1.569.244	2.532	4.352.346
1	101	120037	Nuovo Regina Margherita	Roma	131	1.370.650	-	-	131	1.370.650
1	101	120037	Nuovo Regina Margherita	Roma	712	2.716.195	295	515.091	1.007	3.231.286
1	101	120037	Nuovo Regina Margherita	Roma	1.023	1.985.719	694	613.975	1.717	2.599.694
1	101	120037	Nuovo Regina Margherita	Roma	349	1.290.707	1.655	1.794.556	2.004	3.085.262
1	101	120037	Nuovo Regina Margherita	Roma	2.715	7.363.271	2.644	2.923.821	5.359	10.286.892
1	102	120185	Policlinico Casilino	Roma	2.919	18.256.422	29	42.829	2.948	18.299.251
1	102	120185	Policlinico Casilino	Roma	2.891	9.790.583	404	674.051	2.995	10.464.634
1	102	120185	Policlinico Casilino	Roma	2.922	6.008.873	1.712	1.884.507	4.634	7.893.380
1	102	120185	Policlinico Casilino	Roma	1.961	1.853.165	2.110	1.640.502	3.171	3.493.667
1	102	120185	Policlinico Casilino	Roma	9.493	35.909.043	4.255	4.241.889	13.748	40.150.932
1	102	120287	Sandro Pertini	Roma	2.770	18.172.343	66	259.513	2.836	18.431.856
1	102	120287	Sandro Pertini	Roma	4.394	15.685.111	535	1.381.130	4.929	17.066.241
1	102	120287	Sandro Pertini	Roma	5.973	9.143.155	2.716	7.088.575	8.688	16.231.730
1	102	120287	Sandro Pertini	Roma	2.810	2.988.829	1.334	1.726.906	4.144	4.715.735
1	102	120287	Sandro Pertini	Roma	15.947	45.989.438	4.650	10.456.124	20.597	56.445.562
1	103	120058	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	1.153	12.384.215	42	73.017	1.195	12.457.232
1	103	120058	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	1.810	7.173.962	327	579.805	2.137	7.753.767
1	103	120058	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	2.386	5.509.391	543	642.496	2.929	6.151.887
1	103	120058	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	943	1.717.450	427	439.207	1.370	2.156.657
1	103	120058	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	6.292	26.785.018	1.339	1.734.525	7.631	28.519.543
1	103	120056	Sant'Eugenio	Roma	2.514	21.266.823	139	420.537	2.653	21.687.360
1	103	120056	Sant'Eugenio	Roma	3.591	14.427.374	860	1.130.590	4.451	15.557.964
1	103	120056	Sant'Eugenio	Roma	4.224	8.041.246	2.735	5.575.198	6.959	13.616.444
1	103	120056	Sant'Eugenio	Roma	1.420	2.598.626	2.174	2.383.027	3.594	4.981.653
1	103	120056	Sant'Eugenio	Roma	11.749	46.334.059	5.908	9.509.352	17.657	55.843.421
1	104	120081	Giovanni Battista Grassi	Roma	2.076	10.627.655	13	23.161	2.089	10.650.816
1	104	120081	Giovanni Battista Grassi	Roma	2.214	8.605.310	334	503.321	2.548	9.108.631
1	104	120081	Giovanni Battista Grassi	Roma	3.128	5.827.833	1.644	1.707.625	4.772	7.535.451
1	104	120081	Giovanni Battista Grassi	Roma	1.194	1.950.556	1.267	1.117.389	2.461	3.067.945
1	104	120081	Giovanni Battista Grassi	Roma	8.612	27.011.354	3.278	3.351.499	11.890	30.362.853
1	104	120063	Centro Paraplegici Ostia	Roma	-	-	-	-	-	-

tipo	coa	OSPEDALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE	
				n	spesa	n	spesa	n	spesa
1	104	120065 Centro Paraplegici Ostia	B	14	49.813	18	28.486	32	78.299
1	104	120065 Centro Paraplegici Ostia	C	7	13.100	137	182.473	144	195.573
1	104	120065 Centro Paraplegici Ostia	D	2	2.999	29	26.815	31	29.814
1	104	120065 Centro Paraplegici Ostia	TOT	23	65.912	184	237.774	207	303.686
1	104	120103 P.O.I. Portuense	A	105	754.117	-	-	105	754.117
1	104	120103 P.O.I. Portuense	B	736	2.900.612	18	22.648	754	2.923.260
1	104	120103 P.O.I. Portuense	C	628	1.454.172	268	265.295	896	1.719.467
1	104	120103 P.O.I. Portuense	D	574	1.211.248	613	462.810	1.187	1.674.058
1	104	120103 P.O.I. Portuense	TOT	2.043	6.320.149	899	750.753	2.942	7.070.902
1	105	120026 P.O. Santo Spirito	A	1.489	10.153.640	66	126.227	1.555	10.279.867
1	105	120026 P.O. Santo Spirito	B	2.868	11.095.345	392	630.724	3.260	11.726.069
1	105	120026 P.O. Santo Spirito	C	2.974	5.722.525	1.808	2.773.412	4.782	8.495.937
1	105	120026 P.O. Santo Spirito	D	1.319	2.324.885	1.572	1.477.609	2.891	3.802.494
1	105	120026 P.O. Santo Spirito	TOT	8.650	29.296.395	3.838	5.007.972	12.488	34.304.367
1	105	120030 Regionale Oftalmico	A	-	-	-	-	-	-
1	105	120030 Regionale Oftalmico	B	22	85.398	-	-	22	85.398
1	105	120030 Regionale Oftalmico	C	603	1.471.496	326	358.062	929	1.829.558
1	105	120030 Regionale Oftalmico	D	773	1.290.713	300	321.458	1.073	1.612.172
1	105	120030 Regionale Oftalmico	TOT	1.398	2.847.607	626	679.521	2.024	3.527.128
1	106	120045 San Paolo	A	872	5.371.741	11	27.529	733	5.399.270
1	106	120045 San Paolo	B	1.541	5.826.579	248	683.162	1.789	6.509.731
1	106	120045 San Paolo	C	1.761	3.352.950	579	661.771	2.340	4.014.721
1	106	120045 San Paolo	D	1.126	1.808.035	554	453.079	1.680	2.261.114
1	106	120045 San Paolo	TOT	5.150	16.359.305	1.392	1.825.531	6.542	18.184.836
1	106	120059 Padre Pio	A	356	1.390.834	-	-	356	1.390.834
1	106	120059 Padre Pio	B	814	3.015.209	47	73.219	861	3.088.428
1	106	120059 Padre Pio	C	1.192	2.229.691	243	298.953	1.435	2.528.644
1	106	120059 Padre Pio	D	562	901.560	227	197.800	789	1.099.360
1	106	120059 Padre Pio	TOT	2.924	7.537.294	517	569.972	3.441	8.107.266
1	107	120046 Parodi Delfino	A	761	4.378.008	-	-	761	4.378.008
1	107	120046 Parodi Delfino	B	1.533	5.928.074	310	359.708	1.843	6.287.782
1	107	120046 Parodi Delfino	C	2.312	4.264.828	1.180	1.598.209	3.492	5.863.037
1	107	120046 Parodi Delfino	D	1.111	1.889.374	971	593.213	2.082	2.482.587
1	107	120046 Parodi Delfino	TOT	5.717	16.460.284	2.461	2.551.130	8.178	19.011.414
1	107	120049 Santissimo Gonfalone	A	575	1.859.887	-	-	575	1.859.887
1	107	120049 Santissimo Gonfalone	B	914	3.328.126	26	34.750	940	3.362.876
1	107	120049 Santissimo Gonfalone	C	991	1.942.063	499	396.197	1.490	2.338.260
1	107	120049 Santissimo Gonfalone	D	448	785.571	232	198.718	680	985.289
1	107	120049 Santissimo Gonfalone	TOT	2.928	7.916.647	757	629.665	3.685	8.546.312
1	107	120051 Coniugi Bernardini	A	405	1.199.989	-	-	405	1.199.989
1	107	120051 Coniugi Bernardini	B	632	2.409.950	59	90.071	691	2.500.021
1	107	120051 Coniugi Bernardini	C	1.401	2.596.558	276	188.651	1.677	2.725.209
1	107	120051 Coniugi Bernardini	D	635	976.513	587	290.569	1.222	1.267.082
1	107	120051 Coniugi Bernardini	TOT	3.073	7.123.010	922	569.291	3.995	7.692.301





tipo	COA	OSPEDALE		classe DRG	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE		
					n	spesa	n	spesa	n	spesa	
1	107	120052	Angelicci	Subiaco	A	319	2.139.854	32	51.728	351	2.191.582
1	107	120052	Angelicci	Subiaco	B	968	3.580.802	48	80.490	1.014	3.641.292
1	107	120052	Angelicci	Subiaco	C	898	1.798.706	343	330.186	1.241	2.128.894
1	107	120052	Angelicci	Subiaco	D	625	1.105.382	227	163.581	852	1.268.963
1	107	120052	Angelicci	Subiaco	TOT	2.810	8.604.744	648	625.987	3.458	9.230.731
1	107	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	A	1.114	5.297.200	-	-	1.114	5.297.200
1	107	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	B	1.691	6.512.918	91	129.945	1.782	6.642.863
1	107	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	C	2.935	5.335.961	695	3.198.738	3.630	8.534.699
1	107	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	D	1.171	2.069.959	1.038	923.280	2.209	2.993.239
1	107	120053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	TOT	6.911	19.216.038	1.824	4.251.963	8.735	23.468.001
1	107	120057	San Giovanni Battista	Zagarolo	A	28	186.964	-	-	28	186.964
1	107	120057	San Giovanni Battista	Zagarolo	B	190	708.393	85	63.925	275	772.318
1	107	120057	San Giovanni Battista	Zagarolo	C	112	273.815	420	289.477	532	563.092
1	107	120057	San Giovanni Battista	Zagarolo	D	95	161.972	861	494.042	956	656.014
1	107	120057	San Giovanni Battista	Zagarolo	TOT	425	1.330.944	1.366	847.444	1.791	2.178.388
1	107	120062	Santissimo Salvatore	Palombara Sabir	A	84	448.150	-	-	84	448.150
1	107	120062	Santissimo Salvatore	Palombara Sabir	B	513	1.783.752	52	40.405	565	1.824.157
1	107	120062	Santissimo Salvatore	Palombara Sabir	C	513	1.030.463	505	1.135.213	1.018	2.165.676
1	107	120062	Santissimo Salvatore	Palombara Sabir	D	440	753.189	406	238.282	846	989.471
1	107	120062	Santissimo Salvatore	Palombara Sabir	TOT	1.530	4.015.554	963	1.411.900	2.493	5.427.454
1	108	120036	Villa Albani	Anzio	A	-	-	-	-	-	-
1	108	120036	Villa Albani	Anzio	B	-	-	20	31.807	20	31.807
1	108	120036	Villa Albani	Anzio	C	1	4.890	153	224.738	154	229.626
1	108	120036	Villa Albani	Anzio	D	-	-	128	217.309	128	217.309
1	108	120036	Villa Albani	Anzio	TOT	1	4.890	301	473.852	302	478.742
1	108	120043	P.O. Anzio-Nettuno	Anzio	A	1.113	5.005.325	17	30.882	1.130	5.036.207
1	108	120043	P.O. Anzio-Nettuno	Anzio	B	1.256	4.866.184	177	261.551	1.433	5.127.735
1	108	120043	P.O. Anzio-Nettuno	Anzio	C	2.004	3.833.940	810	2.704.628	2.814	6.538.568
1	108	120043	P.O. Anzio-Nettuno	Anzio	D	649	1.111.925	817	905.976	1.466	2.017.901
1	108	120043	P.O. Anzio-Nettuno	Anzio	TOT	5.022	14.817.374	1.821	3.903.037	6.843	18.720.411
1	108	120044	P.O. Albano-Genzano	Albano Laziale	A	1.191	4.513.594	14	47.022	1.205	4.560.616
1	108	120044	P.O. Albano-Genzano	Albano Laziale	B	2.122	8.266.331	515	798.630	2.637	9.064.961
1	108	120044	P.O. Albano-Genzano	Albano Laziale	C	2.686	5.066.441	1.723	3.594.447	4.409	8.660.888
1	108	120044	P.O. Albano-Genzano	Albano Laziale	D	1.367	2.228.922	1.121	969.061	2.488	3.197.983
1	108	120044	P.O. Albano-Genzano	Albano Laziale	TOT	7.366	20.075.288	3.373	5.409.160	10.739	25.484.448
1	108	120047	San Sebastiano Martire	Frascati	A	278	2.342.670	28	116.110	306	2.458.780
1	108	120047	San Sebastiano Martire	Frascati	B	1.635	6.061.400	286	406.997	1.901	6.468.397
1	108	120047	San Sebastiano Martire	Frascati	C	998	2.086.538	1.191	2.105.439	2.189	4.191.977
1	108	120047	San Sebastiano Martire	Frascati	D	622	1.107.369	1.178	775.849	1.800	1.883.218
1	108	120047	San Sebastiano Martire	Frascati	TOT	3.533	11.597.877	2.663	3.404.395	6.196	15.002.272
1	108	120048	San Giuseppe	Marino	A	1.087	3.508.437	-	-	1.087	3.508.437
1	108	120048	San Giuseppe	Marino	B	710	2.837.766	118	171.762	828	3.009.528
1	108	120048	San Giuseppe	Marino	C	2.013	3.586.953	730	565.998	2.743	4.122.951
1	108	120048	San Giuseppe	Marino	D	746	1.085.988	1.066	753.036	1.812	1.839.034

tipo	COA	OSPEDALE		classe DRG	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE	
					n	spesa	n	spesa	n	spesa
1	108	12004	San Giuseppe	TOT	4.556	10.989.154	1.914	1.490.796	6.470	12.479.950
1	108	120054	Civile Paolo Colombo	A	1.176	6.870.767	-	-	1.176	6.870.767
1	108	120054	Civile Paolo Colombo	B	1.583	5.965.274	83	165.462	1.646	6.130.736
1	108	120054	Civile Paolo Colombo	C	2.376	4.163.254	370	376.653	2.746	4.539.907
1	108	120054	Civile Paolo Colombo	D	817	1.289.975	610	497.667	1.427	1.787.642
1	108	120054	Civile Paolo Colombo	TOT	5.932	18.289.270	1.063	1.039.782	6.995	19.329.052
1	108	120055	Luigi Spolverini	A	189	1.341.980	-	-	189	1.341.980
1	108	120055	Luigi Spolverini	B	245	998.767	45	85.537	290	1.084.304
1	108	120055	Luigi Spolverini	C	343	735.192	54	69.754	397	804.946
1	108	120055	Luigi Spolverini	D	100	194.507	96	119.779	196	314.286
1	108	120055	Luigi Spolverini	TOT	857	3.270.446	195	275.070	1.052	3.545.516
1	108	120064	Antonio e Carlo Cartoni	A	34	258.596	-	-	34	258.596
1	108	120064	Antonio e Carlo Cartoni	B	596	2.339.048	48	43.517	644	2.382.565
1	108	120064	Antonio e Carlo Cartoni	C	171	404.327	174	178.777	345	583.104
1	108	120064	Antonio e Carlo Cartoni	D	514	1.237.093	770	543.085	1.284	1.780.178
1	108	120064	Antonio e Carlo Cartoni	TOT	1.315	4.239.064	992	755.379	2.307	5.004.443
1	109	120002	Civile di Acquapendente	A	50	393.194	-	-	50	393.194
1	109	120002	Civile di Acquapendente	B	601	2.150.067	20	22.694	621	2.172.761
1	109	120002	Civile di Acquapendente	C	522	1.084.489	151	148.940	673	1.233.429
1	109	120002	Civile di Acquapendente	D	286	485.588	166	153.709	452	639.297
1	109	120002	Civile di Acquapendente	TOT	1.459	4.113.338	337	325.343	1.796	4.438.681
1	109	120003	Andosilla	A	365	1.939.245	-	-	365	1.939.245
1	109	120003	Andosilla	B	890	3.454.632	88	85.569	978	3.550.201
1	109	120003	Andosilla	C	950	1.778.541	610	927.374	1.560	2.705.915
1	109	120003	Andosilla	D	373	587.847	364	247.524	737	835.371
1	109	120003	Andosilla	TOT	2.578	7.770.265	1.062	1.260.467	3.640	9.030.732
1	109	120004	Civile di Montefiascone	A	199	2.230.630	139	420.895	338	2.651.525
1	109	120004	Civile di Montefiascone	B	1.082	4.024.224	473	724.346	1.555	4.748.570
1	109	120004	Civile di Montefiascone	C	514	1.158.639	211	381.207	725	1.539.846
1	109	120004	Civile di Montefiascone	D	277	537.339	171	156.066	448	693.405
1	109	120004	Civile di Montefiascone	TOT	2.072	7.950.832	994	1.682.514	3.066	9.633.346
1	109	120006	Sant'Anna	A	-	-	-	-	-	-
1	109	120006	Sant'Anna	B	-	-	78	127.535	78	127.535
1	109	120006	Sant'Anna	C	-	-	617	620.459	617	620.459
1	109	120006	Sant'Anna	D	-	-	406	405.699	406	405.699
1	109	120006	Sant'Anna	TOT	-	-	1.101	1.153.693	1.101	1.153.693
1	109	120007	Civile di Tarquinia	A	568	2.572.272	-	-	568	2.572.272
1	109	120007	Civile di Tarquinia	B	1.064	3.996.346	187	233.432	1.251	4.229.778
1	109	120007	Civile di Tarquinia	C	1.070	1.962.042	600	986.873	1.670	2.950.915
1	109	120007	Civile di Tarquinia	D	373	598.847	740	625.863	1.113	1.224.710
1	109	120007	Civile di Tarquinia	TOT	3.075	9.129.507	1.527	1.848.168	4.602	10.977.675
1	109	120271	Belcolle	A	2.363	16.002.288	74	126.450	2.437	16.128.738
1	109	120271	Belcolle	B	4.418	17.721.313	1.073	1.283.574	5.491	19.004.887
1	109	120271	Belcolle	C	3.858	7.150.887	1.859	2.773.201	5.717	9.924.088



tipo	COA	OSPEDALE		classe DRG	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE		
					n	spesa	n	spesa	n	spesa	
1	108	120271	Belcolle	Viterbo	D	1.954	3.007.720	1.916	1.335.761	3.870	4.343.481
1	109	120271	Belcolle	Viterbo	TOT	12.593	43.882.208	4.922	5.518.986	17.515	49.401.194
1	110	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	A	1.350	8.860.187	37	119.164	1.387	8.978.351
1	110	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	B	3.286	13.142.631	706	1.271.397	3.992	14.414.028
1	110	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	C	4.460	8.780.150	1.863	2.037.270	6.323	10.817.420
1	110	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	D	1.964	3.659.312	3.104	1.877.641	5.068	5.536.953
1	110	120019	San Camillo de Lellis	Rieti	TOT	11.060	34.442.280	5.710	5.305.472	16.770	39.747.752
1	110	120020	Marzio Marini	Magliano Sabina	A	45	303.106	-	-	45	303.106
1	110	120020	Marzio Marini	Magliano Sabina	B	563	1.909.223	77	61.050	640	1.970.273
1	110	120020	Marzio Marini	Magliano Sabina	C	476	870.915	248	173.096	724	1.044.011
1	110	120020	Marzio Marini	Magliano Sabina	D	422	784.913	535	342.799	957	1.127.712
1	110	120020	Marzio Marini	Magliano Sabina	TOT	1.506	3.868.157	860	576.945	2.366	4.445.102
1	110	120022	Francesco Grifoni	Amatrice (RI)	A	-	-	-	-	-	-
1	110	120022	Francesco Grifoni	Amatrice (RI)	B	184	695.481	-	-	184	695.481
1	110	120022	Francesco Grifoni	Amatrice (RI)	C	123	242.150	19	8.289	142	250.449
1	110	120022	Francesco Grifoni	Amatrice (RI)	D	128	244.982	66	37.542	194	282.524
1	110	120022	Francesco Grifoni	Amatrice (RI)	TOT	435	1.182.613	85	45.841	520	1.228.454
1	111	120200	P.O. Latina Nord	Latina	A	2.710	14.516.882	38	101.625	2.748	14.618.507
1	111	120200	P.O. Latina Nord	Latina	B	4.628	18.652.135	605	1.461.983	5.233	20.114.118
1	111	120200	P.O. Latina Nord	Latina	C	6.007	11.991.025	2.223	5.257.934	8.230	17.248.959
1	111	120200	P.O. Latina Nord	Latina	D	3.464	6.288.407	1.211	1.545.922	4.675	7.834.329
1	111	120200	P.O. Latina Nord	Latina	TOT	16.809	51.448.449	4.077	8.387.464	20.886	59.815.913
1	111	120204	P.O. Latina Centro	Terracina (LT)	A	1.034	3.397.278	11	17.673	1.045	3.414.951
1	111	120204	P.O. Latina Centro	Terracina (LT)	B	1.525	5.669.106	130	192.378	1.655	5.861.483
1	111	120204	P.O. Latina Centro	Terracina (LT)	C	2.442	4.856.892	1.024	940.092	3.466	5.796.984
1	111	120204	P.O. Latina Centro	Terracina (LT)	D	1.647	2.805.395	672	545.609	2.319	3.351.004
1	111	120204	P.O. Latina Centro	Terracina (LT)	TOT	6.648	16.728.670	1.837	1.695.752	8.485	18.424.422
1	111	120206	P.O. Latina Sud	Formia (LT)	A	1.284	5.818.595	25	52.462	1.309	5.871.057
1	111	120206	P.O. Latina Sud	Formia (LT)	B	2.482	9.440.344	407	365.480	2.889	9.805.824
1	111	120206	P.O. Latina Sud	Formia (LT)	C	3.168	5.681.901	1.772	3.159.022	4.940	8.840.923
1	111	120206	P.O. Latina Sud	Formia (LT)	D	2.183	3.438.950	2.571	1.189.437	4.754	4.628.387
1	111	120206	P.O. Latina Sud	Formia (LT)	TOT	9.117	24.379.790	4.775	4.766.401	13.892	29.145.191
1	112	120216	Umberto I	Frosinone (FR)	A	1.431	7.835.040	17	71.118	1.448	7.906.158
1	112	120216	Umberto I	Frosinone (FR)	B	3.072	11.802.243	373	939.823	3.445	12.742.066
1	112	120216	Umberto I	Frosinone (FR)	C	3.154	6.102.080	1.225	2.969.701	4.379	9.071.761
1	112	120216	Umberto I	Frosinone (FR)	D	2.274	3.521.444	749	687.942	3.023	4.209.386
1	112	120216	Umberto I	Frosinone (FR)	TOT	9.931	29.260.787	2.364	4.668.584	12.295	33.929.371
1	112	120217	San Benedetto	Alatri (FR)	A	824	3.028.245	-	-	824	3.028.245
1	112	120217	San Benedetto	Alatri (FR)	B	1.056	3.891.131	67	75.193	1.123	3.966.324
1	112	120217	San Benedetto	Alatri (FR)	C	2.312	3.750.520	397	248.874	2.709	3.999.394
1	112	120217	San Benedetto	Alatri (FR)	D	1.301	2.063.329	647	380.806	1.948	2.444.135
1	112	120217	San Benedetto	Alatri (FR)	TOT	5.493	12.733.225	1.111	704.873	6.604	13.438.098
1	112	120218	Civile di Anagni	Anagni (FR)	A	355	1.467.362	-	-	355	1.467.362
1	112	120218	Civile di Anagni	Anagni (FR)	B	1.066	4.027.480	47	71.640	1.113	4.099.120

tipo COA	OSPEDALE		RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE	
	classe DRG		n	spesa	n	spesa	n	spesa
1 112 120218	Civile di Anagni	Anagni (FR)	1.237	2.303.946	384	1.301.014	1.601	3.604.960
1 112 120218	Civile di Anagni	Anagni (FR)	776	1.298.015	261	171.678	1.037	1.469.693
1 112 120218	Civile di Anagni	Anagni (FR)	3.434	9.096.793	672	1.544.332	4.106	10.641.125
1 112 120221	Civile di Ceccano	Ceccano (FR)	30	229.312	-	-	30	229.312
1 112 120221	Civile di Ceccano	Ceccano (FR)	389	1.452.101	64	78.565	453	1.530.666
1 112 120221	Civile di Ceccano	Ceccano (FR)	204	419.513	298	338.744	502	758.257
1 112 120221	Civile di Ceccano	Ceccano (FR)	337	671.876	1.398	1.108.282	1.735	1.778.167
1 112 120221	Civile di Ceccano	Ceccano (FR)	960	2.772.801	1.760	1.523.591	2.720	4.296.392
1 112 120225	Pasquale Del Prete	Pontecorvo (FR)	102	795.034	-	-	102	795.034
1 112 120225	Pasquale Del Prete	Pontecorvo (FR)	1.207	4.585.459	83	83.227	1.290	4.668.686
1 112 120225	Pasquale Del Prete	Pontecorvo (FR)	1.092	2.008.779	274	284.577	1.366	2.273.356
1 112 120225	Pasquale Del Prete	Pontecorvo (FR)	938	1.651.895	729	604.107	1.667	2.256.002
1 112 120225	Pasquale Del Prete	Pontecorvo (FR)	3.339	9.041.167	1.086	951.911	4.425	9.993.078
1 112 120226	Santissima Trinita'	Sora (FR)	986	3.582.009	15	22.725	1.001	3.604.734
1 112 120226	Santissima Trinita'	Sora (FR)	1.936	7.481.928	388	669.948	2.324	8.151.876
1 112 120226	Santissima Trinita'	Sora (FR)	3.470	6.543.126	1.309	3.223.680	4.779	9.766.806
1 112 120226	Santissima Trinita'	Sora (FR)	1.392	2.338.632	1.290	1.036.832	2.682	3.375.464
1 112 120226	Santissima Trinita'	Sora (FR)	7.784	19.945.695	3.002	4.953.185	10.786	24.898.880
1 112 120228	Gemma de Bosis	Cassino (FR)	883	3.251.091	-	-	883	3.251.091
1 112 120228	Gemma de Bosis	Cassino (FR)	1.485	5.923.879	238	361.396	1.723	6.285.274
1 112 120228	Gemma de Bosis	Cassino (FR)	2.490	4.820.282	348	302.611	2.838	5.122.893
1 112 120228	Gemma de Bosis	Cassino (FR)	1.132	1.932.059	527	384.775	1.659	2.316.834
1 112 120228	Gemma de Bosis	Cassino (FR)	5.990	15.927.311	1.113	1.048.781	7.103	16.976.092
2 901 120901	San Camillo - Forlanini	Roma	8.891	82.853.049	281	1.159.325	9.172	84.009.374
2 901 120901	San Camillo - Forlanini	Roma	10.600	44.786.468	2.957	8.341.546	13.557	53.128.014
2 901 120901	San Camillo - Forlanini	Roma	10.717	21.630.458	9.563	17.750.307	20.280	39.380.765
2 901 120901	San Camillo - Forlanini	Roma	4.504	8.347.565	9.607	12.318.850	14.111	20.666.415
2 902 120902	San Giovanni	Roma	34.712	157.617.540	22.408	39.567.028	57.120	197.184.568
2 902 120902	San Giovanni	Roma	4.560	37.579.580	129	372.406	4.689	37.951.986
2 902 120902	San Giovanni	Roma	7.302	29.346.862	956	3.161.239	8.258	32.508.101
2 902 120902	San Giovanni	Roma	6.899	13.670.733	4.574	6.230.684	11.473	19.901.417
2 902 120902	San Giovanni	Roma	2.470	4.598.037	3.376	2.069.071	5.846	6.668.108
2 902 120902	San Giovanni	Roma	21.231	85.196.212	9.035	11.833.400	30.266	97.029.612
2 903 120903	San Filippo Neri	Roma	4.466	41.770.583	115	314.243	4.581	42.084.826
2 903 120903	San Filippo Neri	Roma	6.579	27.617.638	773	1.128.484	7.352	28.746.102
2 903 120903	San Filippo Neri	Roma	5.954	12.208.861	3.733	7.209.760	9.687	19.418.621
2 903 120903	San Filippo Neri	Roma	2.072	3.766.375	3.994	3.157.692	6.066	6.924.067
3 905 120905	Policlinico A. Gemelli	Roma	19.071	85.363.457	8.615	11.810.159	27.686	97.173.616
3 905 120905	Policlinico A. Gemelli	Roma	9.214	79.605.212	304	989.222	9.518	80.794.434
3 905 120905	Policlinico A. Gemelli	Roma	12.649	51.987.130	2.718	5.543.628	15.367	57.540.758
3 905 120905	Policlinico A. Gemelli	Roma	16.475	34.930.013	10.693	19.021.217	27.168	53.951.230
3 905 120905	Policlinico A. Gemelli	Roma	7.481	13.813.445	13.068	11.053.689	20.549	24.867.134
3 906 120906	Policlinico Umberto I	Roma	45.819	180.545.800	26.783	36.607.756	72.602	217.153.556
3 906 120906	Policlinico Umberto I	Roma	7.164	69.241.603	1.118	2.422.177	8.282	71.663.780



tipo	COA	OSPEDALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI			DAY HOSPITAL			TOTALE		
				n	spesa	n	spesa	n	spesa			
3	905	120906	Policlinico Umberto I	Roma	8.746	36.868.083	3.820	4.349.589	12.566	41.217.672		
3	906	120906	Policlinico Umberto I	Roma	10.374	22.752.250	12.690	15.577.772	23.064	38.330.022		
3	906	120906	Policlinico Umberto I	Roma	5.777	11.424.055	10.762	7.530.046	16.539	18.954.101		
3	906	120906	Policlinico Umberto I	Roma	32.061	140.285.991	28.390	29.879.584	60.451	170.165.575		
3	915	120915	Campus Biomedico	Roma	1.668	13.654.093	71	82.364	1.739	13.736.457		
3	915	120915	Campus Biomedico	Roma	2.160	8.889.790	429	344.583	2.589	9.234.373		
3	915	120915	Campus Biomedico	Roma	2.156	4.918.728	2.189	3.876.078	4.345	8.794.806		
3	915	120915	Campus Biomedico	Roma	826	1.596.567	2.925	1.711.255	3.751	3.307.822		
3	915	120915	Campus Biomedico	Roma	6.810	29.059.178	5.614	6.014.280	12.424	35.073.458		
3	919	120919	Sant'Andrea	Roma	2.171	21.358.965	48	93.452	2.219	21.452.417		
3	919	120919	Sant'Andrea	Roma	2.997	12.641.572	803	1.161.233	3.800	13.802.805		
3	919	120919	Sant'Andrea	Roma	3.111	7.052.638	2.638	2.897.352	5.799	9.950.050		
3	919	120919	Sant'Andrea	Roma	1.723	3.345.519	2.335	1.651.914	4.058	4.997.433		
3	919	120919	Sant'Andrea	Roma	10.002	44.398.754	5.874	6.803.951	15.876	50.202.705		
3	920	120920	Tor Vergata	Roma	1.548	16.493.101	70	212.910	1.618	16.706.011		
3	920	120920	Tor Vergata	Roma	3.403	14.119.168	1.182	1.162.069	4.585	15.281.237		
3	920	120920	Tor Vergata	Roma	3.071	6.892.763	3.634	5.854.898	6.705	12.747.661		
3	920	120920	Tor Vergata	Roma	1.162	2.515.780	4.286	2.798.868	5.448	5.314.648		
3	920	120920	Tor Vergata	Roma	9.184	40.020.812	9.172	10.028.745	18.356	50.049.557		
4	904	120904	Bambino Gesù	Roma	1.720	19.776.808	119	83.990	1.839	19.860.798		
4	904	120904	Bambino Gesù	Roma	3.400	14.960.051	4.063	1.868.567	7.463	16.818.618		
4	904	120904	Bambino Gesù	Roma	11.525	20.566.116	40.012	13.773.716	51.537	34.339.832		
4	904	120904	Bambino Gesù	Roma	5.887	8.861.249	24.260	8.513.248	30.147	17.374.497		
4	904	120904	Bambino Gesù	Roma	22.532	64.154.224	68.454	24.239.521	90.986	88.393.745		
4	908	120908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Roma	1.806	18.432.009	68	131.868	1.974	19.563.877		
4	908	120908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Roma	3.373	14.103.993	497	1.702.445	3.870	15.806.438		
4	908	120908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Roma	3.661	6.580.199	3.523	8.351.330	7.184	16.931.529		
4	908	120908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Roma	729	1.269.032	1.476	1.515.057	2.205	2.774.089		
4	908	120908	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Roma	9.669	43.375.233	5.564	11.700.700	15.233	55.075.933		
4	910	120910	San Raffaele Pisana	Roma	29	211.928	-	-	29	211.928		
4	910	120910	San Raffaele Pisana	Roma	565	2.065.990	14	8.280	579	2.074.270		
4	910	120910	San Raffaele Pisana	Roma	175	394.662	169	80.498	344	475.160		
4	910	120910	San Raffaele Pisana	Roma	154	339.513	295	146.127	449	487.640		
4	910	120910	San Raffaele Pisana	Roma	923	3.012.083	478	236.905	1.401	3.248.988		
4	911	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	Roma	631	4.598.116	-	-	631	4.598.116		
4	911	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	Roma	1.885	8.428.689	169	220.454	2.054	8.649.143		
4	911	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	Roma	6.077	11.253.196	1.275	1.948.665	6.352	13.201.861		
4	911	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	Roma	1.960	3.417.661	3.531	2.969.041	5.491	6.386.702		
4	911	120911	Istituto Dermatologico dell'Immacolata	Roma	9.553	27.697.664	4.975	5.138.160	14.528	32.835.824		
4	912	120912	I. N. R. C. A.	Roma	32	249.427	-	-	32	249.427		
4	912	120912	I. N. R. C. A.	Roma	583	2.230.486	134	71.215	717	2.301.701		
4	912	120912	I. N. R. C. A.	Roma	690	1.479.194	790	814.848	1.480	2.294.042		
4	912	120912	I. N. R. C. A.	Roma	456	1.034.059	1.815	907.530	2.271	1.941.589		
4	912	120912	I. N. R. C. A.	Roma	1.761	4.993.166	2.739	1.793.593	4.500	6.786.759		



tipo	COA	OSPEDALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI			DAY HOSPITAL			TOTALE		
				n	spesa	n	spesa	n	spesa			
4	918	120016 Lazzaro Spallanzani	Roma	1.181	9.007.477	546	2.132.955	1.707	11.140.432			
4	918	120018 Lazzaro Spallanzani	Roma	1.292	5.512.897	2.651	8.239.806	3.943	13.752.703			
4	918	120018 Lazzaro Spallanzani	Roma	3.335	780.557	1.011	2.037.948	1.346	2.818.505			
4	918	120018 Lazzaro Spallanzani	Roma	177	382.352	339	509.129	518	891.511			
4	918	120018 Lazzaro Spallanzani	Roma	2.965	15.683.313	4.547	12.919.838	7.512	28.603.151			
5	101	120072 San Giovanni Calibita - FBF	Roma	3.930	19.975.892	23	37.140	3.953	20.013.032			
5	101	120072 San Giovanni Calibita - FBF	Roma	2.674	10.843.738	367	1.320.732	3.041	12.164.470			
5	101	120072 San Giovanni Calibita - FBF	Roma	4.458	9.628.433	2.115	4.645.850	6.573	14.274.283			
5	101	120072 San Giovanni Calibita - FBF	Roma	2.555	4.377.103	836	611.873	3.391	4.988.976			
5	101	120072 San Giovanni Calibita - FBF	Roma	13.617	44.825.166	3.341	6.615.595	16.958	51.440.761			
5	103	120076 Madre Giuseppina Vannini - Figlie di Sa Roma	Roma	1.662	12.235.763	12	17.959	1.674	12.253.722			
5	103	120076 Madre Giuseppina Vannini - Figlie di Sa Roma	Roma	2.639	9.973.871	170	240.646	2.809	10.214.317			
5	103	120076 Madre Giuseppina Vannini - Figlie di Sa Roma	Roma	2.915	5.876.144	837	2.709.491	3.752	8.585.835			
5	103	120076 Madre Giuseppina Vannini - Figlie di Sa Roma	Roma	1.147	2.136.964	1.356	904.588	2.503	3.041.550			
5	103	120076 Madre Giuseppina Vannini - Figlie di Sa Roma	Roma	8.363	30.222.542	2.375	3.872.882	10.738	34.095.224			
5	104	120075 Israelitico	Roma	107	833.121	29	48.003	136	881.124			
5	104	120075 Israelitico	Roma	1.861	7.251.400	2.210	4.688.956	4.071	11.941.356			
5	104	120075 Israelitico	Roma	1.064	2.476.616	1.517	2.348.427	2.581	4.825.043			
5	104	120075 Israelitico	Roma	225	500.516	3.535	4.446.339	3.760	4.946.855			
5	104	120075 Israelitico	Roma	3.257	11.061.653	7.291	11.532.725	10.548	22.594.378			
5	105	120071 San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	3.764	20.552.738	16	31.361	3.780	20.584.099			
5	105	120071 San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	2.562	10.493.629	411	524.205	2.973	11.017.834			
5	105	120071 San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	8.231	12.382.190	2.717	3.111.001	8.948	15.493.191			
5	105	120071 San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	2.653	4.907.929	4.863	1.892.725	7.516	6.800.654			
5	105	120071 San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	15.210	48.335.486	8.007	5.559.292	23.217	53.895.778			
5	105	120073 San Carlo di Nancy	Roma	821	6.712.019	13	28.653	834	6.740.672			
5	105	120073 San Carlo di Nancy	Roma	1.939	7.312.168	559	885.536	2.498	8.197.704			
5	105	120073 San Carlo di Nancy	Roma	2.618	5.738.883	2.491	2.589.449	5.109	8.328.332			
5	105	120073 San Carlo di Nancy	Roma	1.410	2.541.916	2.638	2.052.863	4.048	4.594.779			
5	105	120073 San Carlo di Nancy	Roma	6.788	22.304.986	5.701	5.556.501	12.489	27.861.487			
5	105	120074 Cristo Re	Roma	1.977	7.898.027	12	22.152	1.989	7.920.179			
5	105	120074 Cristo Re	Roma	1.264	4.972.641	242	348.940	1.506	5.321.481			
5	105	120074 Cristo Re	Roma	2.189	4.565.378	713	1.063.547	2.902	5.628.925			
5	105	120074 Cristo Re	Roma	3670	1.256.863	2.461	2.062.621	3.131	3.319.484			
5	105	120074 Cristo Re	Roma	6.100	18.692.809	3.428	3.497.250	9.528	22.190.069			
5	108	120070 Regina Apostolorum	Albano Laziale	509	4.303.513	-	-	509	4.303.513			
5	108	120070 Regina Apostolorum	Albano Laziale	2.626	10.306.050	156	163.550	2.782	10.469.600			
5	108	120070 Regina Apostolorum	Albano Laziale	2.317	4.591.840	1.076	1.902.752	3.393	6.494.392			
5	108	120070 Regina Apostolorum	Albano Laziale	1.321	2.610.904	803	501.624	2.124	3.112.528			
5	108	120070 Regina Apostolorum	Albano Laziale	6.773	21.812.107	2.035	2.567.926	8.808	24.380.033			
7	101	120079 Villa Domelia	Roma	63	389.945	-	-	63	389.945			
7	101	120079 Villa Domelia	Roma	1.309	4.781.363	-	-	1.309	4.781.363			
7	101	120079 Villa Domelia	Roma	363	842.919	367	286.634	720	1.129.553			
7	101	120079 Villa Domelia	Roma	209	448.405	637	491.956	1.046	940.371			

tipo	COA	OSPEDALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE	
				n	spesa	n	spesa	n	spesa
7	101	120079 Villa Domelia	TOT	1.944	6.472.632	1.194	778.600	3.138	7.251.232
7	101	120083 Villa Valeria	A	175	1.284.236	-	-	175	1.284.236
7	101	120083 Villa Valeria	B	427	1.327.831	34	51.320	461	1.379.151
7	101	120083 Villa Valeria	C	441	879.347	289	258.619	730	1.137.966
7	101	120083 Villa Valeria	D	642	1.034.456	694	576.492	1.336	1.610.948
7	101	120083 Villa Valeria	TOT	1.685	4.525.870	1.017	886.431	2.702	5.412.301
7	101	120084 Villa Tiberia	A	387	3.182.073	15	25.005	402	3.207.078
7	101	120084 Villa Tiberia	B	883	3.366.124	43	43.716	926	3.409.840
7	101	120084 Villa Tiberia	C	969	2.138.922	191	144.488	1.159	2.283.418
7	101	120084 Villa Tiberia	D	3.873	5.724.484	4.272	3.910.892	8.145	9.635.376
7	101	120084 Villa Tiberia	TOT	6.111	14.411.603	4.521	4.124.109	10.632	18.535.712
7	101	120105 Marco Polo	A	17	101.766	-	-	17	101.766
7	101	120105 Marco Polo	B	320	1.787.820	-	-	320	1.787.820
7	101	120105 Marco Polo	C	408	875.848	61	82.459	469	958.307
7	101	120105 Marco Polo	D	14	20.173	-	-	14	20.173
7	101	120105 Marco Polo	TOT	759	2.785.607	61	82.459	820	2.868.066
7	102	120132 Guarnieri	A	532	4.084.679	-	-	532	4.084.679
7	102	120132 Guarnieri	B	1.105	4.347.809	80	131.800	1.185	4.479.809
7	102	120132 Guarnieri	C	3.372	2.973.076	623	631.604	1.995	3.604.680
7	102	120132 Guarnieri	D	736	1.484.302	1.161	988.795	1.897	2.453.097
7	102	120132 Guarnieri	TOT	3.745	12.879.866	1.864	1.752.199	5.609	14.632.065
7	102	120166 Nuova Itor	A	691	3.829.022	-	-	691	3.829.022
7	102	120166 Nuova Itor	B	993	4.012.529	267	247.482	1.260	4.260.111
7	102	120166 Nuova Itor	C	1.394	2.853.375	1.218	944.801	2.612	3.798.176
7	102	120166 Nuova Itor	D	922	2.026.976	1.353	1.218.574	2.275	3.245.550
7	102	120166 Nuova Itor	TOT	4.000	12.722.002	2.838	2.410.857	6.838	15.132.859
7	103	120089 Nuova Clinica Latina	A	124	879.437	-	-	124	879.437
7	103	120089 Nuova Clinica Latina	B	305	384.417	-	-	305	384.417
7	103	120089 Nuova Clinica Latina	C	230	525.169	4	5.252	234	530.421
7	103	120089 Nuova Clinica Latina	D	224	399.656	3	1.835	227	401.491
7	103	120089 Nuova Clinica Latina	TOT	683	2.188.679	7	7.087	690	2.195.766
7	103	120098 Life Hospital	A	137	934.116	-	-	137	934.116
7	103	120098 Life Hospital	B	991	3.728.078	12	17.715	1.003	3.745.793
7	103	120098 Life Hospital	C	374	828.200	72	93.897	446	922.097
7	103	120098 Life Hospital	D	451	902.815	187	143.634	638	1.046.449
7	103	120098 Life Hospital	TOT	1.953	6.393.209	271	255.246	2.224	6.648.455
7	103	120116 San Luca	A	73	528.165	-	-	73	528.165
7	103	120116 San Luca	B	366	1.320.300	24	29.137	390	1.349.437
7	103	120116 San Luca	C	402	897.584	1.092	1.285.398	1.494	2.182.990
7	103	120116 San Luca	D	443	823.601	1.082	1.015.306	1.525	1.838.907
7	103	120116 San Luca	TOT	1.284	3.569.660	2.198	2.329.839	3.482	5.899.499
7	103	120143 Concordia Hospital	A	202	1.355.090	-	-	202	1.355.090
7	103	120143 Concordia Hospital	B	291	1.058.479	-	-	291	1.058.479
7	103	120143 Concordia Hospital	C	290	646.509	3	3.808	293	650.317



tipo	COA	OSPEDIALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE			
				n	spesa	n	spesa	n	spesa		
7	103	120143	Concordia Hospital	Roma	D	328	571.998	40	31.245	368	603.243
7	103	120143	Concordia Hospital	Roma	TOT	1.109	3.632.076	43	35.053	1.152	3.667.129
7	103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	Roma	A	337	2.605.377	-	-	337	2.605.377
7	103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	Roma	B	822	2.989.076	35	52.197	857	3.041.273
7	103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	Roma	C	461	1.000.867	99	108.306	560	1.109.173
7	103	120155	Chirurgia Addominale all'Eur	Roma	D	171	305.347	463	439.565	634	744.912
7	103	120157	Chirurgia Addominale all'Eur	Roma	TOT	1.791	6.900.667	597	600.068	2.388	7.500.735
7	103	120157	Fabia Mater	Roma	A	1.413	3.080.831	26	43.541	1.439	3.134.372
7	103	120157	Fabia Mater	Roma	B	375	1.379.155	91	145.782	466	1.524.937
7	103	120157	Fabia Mater	Roma	C	3.555	2.920.644	418	445.752	1.973	3.366.396
7	103	120157	Fabia Mater	Roma	D	480	718.982	2.694	2.506.332	3.174	3.225.314
7	103	120157	Fabia Mater	Roma	TOT	3.823	8.109.612	3.229	3.141.407	7.052	11.251.019
7	103	120169	Annunziataella	Roma	A	563	1.864.795	20	31.952	583	1.896.747
7	103	120169	Annunziataella	Roma	B	461	1.814.694	106	138.298	567	1.952.992
7	103	120169	Annunziataella	Roma	C	1.003	1.994.833	600	362.917	1.503	2.357.750
7	103	120169	Annunziataella	Roma	D	430	758.040	718	395.443	1.148	1.153.483
7	104	120113	Villa Pia	Roma	TOT	2.457	6.432.362	1.344	928.610	3.801	7.360.972
7	104	120113	Villa Pia	Roma	A	354	1.451.353	-	-	354	1.451.353
7	104	120113	Villa Pia	Roma	B	563	2.166.344	-	-	563	2.166.344
7	104	120113	Villa Pia	Roma	C	1.426	3.069.504	429	406.608	1.855	3.476.112
7	104	120113	Villa Pia	Roma	D	521	1.073.933	288	188.582	809	1.262.515
7	104	120113	Villa Pia	Roma	TOT	2.864	7.781.134	717	595.190	3.581	8.376.324
7	104	120171	Citta' di Roma	Roma	A	1.541	5.568.224	-	-	1.541	5.568.224
7	104	120171	Citta' di Roma	Roma	B	891	3.379.428	47	71.785	938	3.451.211
7	104	120171	Citta' di Roma	Roma	C	1.688	3.297.265	538	538.800	2.226	3.836.065
7	104	120171	Citta' di Roma	Roma	D	781	1.508.424	681	611.943	1.462	2.120.367
7	104	120171	Citta' di Roma	Roma	TOT	4.901	13.741.339	1.256	1.222.528	6.157	14.963.867
7	104	120173	European Hospital	Roma	A	700	10.535.672	-	-	700	10.535.672
7	104	120173	European Hospital	Roma	B	99	440.863	-	-	99	440.863
7	104	120173	European Hospital	Roma	C	298	648.191	-	-	298	648.191
7	104	120173	European Hospital	Roma	D	38	68.983	-	-	38	68.983
7	104	120173	European Hospital	Roma	TOT	1.435	11.693.709	-	-	1.435	11.693.709
7	105	120080	San Giorgio	Roma	A	-	-	-	-	-	-
7	105	120080	San Giorgio	Roma	B	312	1.085.936	-	-	312	1.085.936
7	105	120080	San Giorgio	Roma	C	323	684.051	-	-	323	684.051
7	105	120080	San Giorgio	Roma	D	256	505.029	-	-	256	505.029
7	105	120080	San Giorgio	Roma	TOT	891	2.275.016	-	-	891	2.275.016
7	105	120097	Villa Aurora	Roma	A	134	953.924	-	-	134	953.924
7	105	120097	Villa Aurora	Roma	B	800	2.917.326	-	-	800	2.917.326
7	105	120097	Villa Aurora	Roma	C	696	1.514.280	61	72.430	757	1.586.710
7	105	120097	Villa Aurora	Roma	D	797	1.470.598	244	183.295	1.041	1.653.893
7	105	120097	Villa Aurora	Roma	TOT	2.427	6.856.128	305	255.725	2.732	7.111.853
7	105	120115	Santa Famiglia	Roma	A	1.146	2.623.474	-	-	1.146	2.623.474
7	105	120115	Santa Famiglia	Roma	B	283	1.084.929	20	17.576	303	1.102.505

tipo	COA	OSPEDALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI			DAY HOSPITAL			TOTALE		
				n	spesa	n	spesa	n	spesa	n	spesa	
7	105	120115	Santa Famiglia	Roma	C	1.070	2.018.406	398	429.411	1.468	2.447.817	
7	105	120115	Santa Famiglia	Roma	D	193	333.127	519	263.392	712	596.519	
7	105	120115	Santa Famiglia	Roma	TOT	2.692	6.059.936	937	710.379	3.629	6.770.315	
7	105	120126	San Giuseppe	Roma	A	272	1.996.097	-	-	272	1.996.097	
7	105	120126	San Giuseppe	Roma	B	333	1.253.843	34	55.436	367	1.309.279	
7	105	120126	San Giuseppe	Roma	C	307	695.064	112	134.042	419	829.106	
7	105	120126	San Giuseppe	Roma	D	241	470.813	315	369.406	556	840.219	
7	105	120126	San Giuseppe	Roma	TOT	1.153	4.415.817	461	558.884	1.514	4.974.701	
7	105	120159	Nuova Villa Claudia	Roma	A	76	528.711	18	29.687	94	558.398	
7	105	120159	Nuova Villa Claudia	Roma	B	328	1.149.603	18	25.941	346	1.175.544	
7	105	120159	Nuova Villa Claudia	Roma	C	818	1.755.721	879	799.634	1.697	2.555.355	
7	105	120159	Nuova Villa Claudia	Roma	D	91	138.282	211	89.223	302	227.505	
7	105	120159	Nuova Villa Claudia	Roma	TOT	1.313	3.570.317	1.126	844.485	2.439	4.514.802	
7	105	120162	Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma	A	-	-	-	-	-	-	
7	105	120162	Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma	B	300	1.099.644	-	-	300	1.099.644	
7	105	120162	Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma	C	107	283.510	11	14.219	118	277.729	
7	105	120162	Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma	D	46	108.403	27	37.657	73	146.060	
7	105	120162	Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma	TOT	453	1.471.557	38	51.876	491	1.523.433	
7	105	120163	San Feliciano	Roma	A	433	3.367.815	71	131.591	504	3.499.406	
7	105	120163	San Feliciano	Roma	B	1.037	3.981.878	72	101.119	1.109	4.082.997	
7	105	120163	San Feliciano	Roma	C	961	1.803.419	440	424.769	1.401	2.228.188	
7	105	120163	San Feliciano	Roma	D	329	701.555	823	992.898	1.152	1.694.451	
7	105	120163	San Feliciano	Roma	TOT	2.760	9.654.667	1.406	1.650.375	4.166	11.505.042	
7	105	120180	Aurelia Hospital	Roma	A	1.643	11.467.041	-	-	1.643	11.467.041	
7	105	120180	Aurelia Hospital	Roma	B	1.882	7.499.210	152	276.713	2.034	7.775.923	
7	105	120180	Aurelia Hospital	Roma	C	2.530	5.235.362	599	814.532	3.129	6.049.894	
7	105	120180	Aurelia Hospital	Roma	D	1.312	2.597.353	755	677.411	2.067	3.274.764	
7	105	120180	Aurelia Hospital	Roma	TOT	7.367	26.798.966	1.506	1.768.656	8.873	28.567.622	
7	106	120140	Siligato	Civitavecchia	A	26	190.890	-	-	26	190.890	
7	106	120140	Siligato	Civitavecchia	B	90	311.440	78	128.992	168	440.432	
7	106	120140	Siligato	Civitavecchia	C	261	645.432	93	110.142	344	655.574	
7	106	120140	Siligato	Civitavecchia	D	139	188.398	1.070	890.705	1.209	1.079.104	
7	106	120140	Siligato	Civitavecchia	TOT	505	1.236.161	1.241	1.129.839	1.747	2.366.000	
7	108	120082	Villa delle Querce	Nemi	A	12	81.686	-	-	12	81.686	
7	108	120082	Villa delle Querce	Nemi	B	180	601.515	-	-	180	601.515	
7	108	120082	Villa delle Querce	Nemi	C	155	282.907	-	-	155	282.907	
7	108	120082	Villa delle Querce	Nemi	D	19	34.606	-	-	19	34.606	
7	108	120082	Villa delle Querce	Nemi	TOT	366	1.000.714	-	-	366	1.000.714	
7	108	120096	Madonna delle Grazie	Velletri	A	290	2.181.819	-	-	290	2.181.819	
7	108	120096	Madonna delle Grazie	Velletri	B	1.230	4.467.249	227	338.383	1.457	4.805.832	
7	108	120096	Madonna delle Grazie	Velletri	C	767	1.676.224	306	317.909	1.063	1.994.133	
7	108	120096	Madonna delle Grazie	Velletri	D	435	860.812	1.129	1.014.824	1.564	1.875.636	
7	108	120096	Madonna delle Grazie	Velletri	TOT	2.712	9.186.104	1.662	1.671.116	4.374	10.857.220	
7	108	120134	Sant'Anna	Pomezia	A	449	3.490.779	-	-	449	3.490.779	



tipo	COA	OSPEDALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI			DAY HOSPITAL			TOTALE		
				n.	spesa	n	spesa	n	spesa			
7	108	120134 Sant'Anna	Pomezia	1.212	4.553.457	79	145.475	1.291	4.698.932			
7	108	120134 Sant'Anna	Pomezia	1.183	2.416.458	93	126.830	1.276	2.545.286			
7	108	120134 Sant'Anna	Pomezia	767	1.387.531	446	441.472	1.213	1.839.003			
7	108	120134 Sant'Anna	Pomezia	3.611	11.860.223	618	713.777	4.229	12.574.000			
7	108	120176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	495	3.542.418	15	18.585	510	3.561.003			
7	108	120176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	976	3.899.561	120	668.827	1.096	4.569.388			
7	108	120176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	1.494	3.400.078	511	1.448.550	2.005	4.848.628			
7	108	120176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	345	623.279	853	640.275	1.198	1.263.554			
7	108	120176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	3.310	11.465.336	1.499	2.777.237	4.809	14.242.573			
7	108	120196 San Raffaele di Velletri	Velletri	25	194.681	-	-	25	194.681			
7	108	120196 San Raffaele di Velletri	Velletri	590	2.091.566	-	-	590	2.091.566			
7	108	120196 San Raffaele di Velletri	Velletri	95	225.353	-	-	95	225.353			
7	108	120196 San Raffaele di Velletri	Velletri	128	286.681	-	-	128	286.681			
7	109	120012 Salus	Velletri	838	2.798.281	-	-	838	2.798.281			
7	109	120012 Salus	Velletri	25	193.944	-	-	25	193.944			
7	109	120012 Salus	Velletri	326	1.273.283	-	-	326	1.273.283			
7	109	120012 Salus	Velletri	101	237.056	-	-	101	237.056			
7	109	120012 Salus	Velletri	35	72.398	-	-	35	72.398			
7	109	120012 Salus	Velletri	487	1.776.681	-	-	487	1.776.681			
7	109	120014 Santa Teresa del Bambino Gesù	Viterbo	20	131.147	-	-	20	131.147			
7	109	120014 Santa Teresa del Bambino Gesù	Viterbo	382	1.426.409	-	-	382	1.426.409			
7	109	120014 Santa Teresa del Bambino Gesù	Viterbo	399	866.376	3	895	402	867.271			
7	109	120014 Santa Teresa del Bambino Gesù	Viterbo	129	272.290	15	3.498	144	275.788			
7	111	120209 Casa del Sole	Viterbo	930	2.696.222	18	4.393	948	2.700.615			
7	111	120209 Casa del Sole	Viterbo	142	1.114.431	-	-	142	1.114.431			
7	111	120209 Casa del Sole	Viterbo	841	3.153.630	-	-	841	3.153.630			
7	111	120209 Casa del Sole	Viterbo	1.476	3.185.417	58	73.764	1.534	3.259.181			
7	111	120209 Casa del Sole	Viterbo	455	776.909	402	318.631	857	1.095.540			
7	111	120211 Villa Azzurra	Viterbo	2.914	8.230.387	460	392.395	3.374	8.622.782			
7	111	120211 Villa Azzurra	Viterbo	71	508.229	-	-	71	508.229			
7	111	120211 Villa Azzurra	Viterbo	3279	973.576	38	55.579	317	1.029.155			
7	111	120211 Villa Azzurra	Viterbo	267	585.311	117	131.198	384	716.509			
7	111	120211 Villa Azzurra	Viterbo	743	1.361.088	568	349.397	1.311	1.710.485			
7	111	120213 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	1860	3.428.204	723	536.174	2.083	3.964.378			
7	111	120213 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	1.051	8.617.469	-	-	1.051	8.617.469			
7	111	120213 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	1.461	4.808.902	98	186.924	1.259	4.995.826			
7	111	120213 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	1.454	3.672.619	581	768.987	2.035	4.439.616			
7	111	120213 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	1.690	3.659.682	807	859.551	2.497	4.529.233			
7	111	120213 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	5.356	20.768.672	1.486	1.813.472	6.842	22.582.144			
7	111	120213 San Marco	Latina	50	395.244	-	-	50	395.244			
7	111	120213 San Marco	Latina	342	1.239.621	21	26.679	363	1.266.300			
7	111	120213 San Marco	Latina	212	466.472	235	219.353	447	685.825			
7	111	120213 San Marco	Latina	475	832.008	900	692.645	1.375	1.524.653			
7	111	120213 San Marco	Latina	1.079	2.933.345	1.156	938.677	2.235	3.872.022			

tipo	COA	OSPEDALE	classe DRG	RICOVERI ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALE	
				n	spesa	n	spesa	n	spesa
7	111	120215 Città di Aprilia	A	492	2.254.301	-	-	492	2.254.301
7	111	120215 Città di Aprilia	B	932	3.424.886	21	39.182	953	3.464.068
7	111	120215 Città di Aprilia	C	1.586	3.158.305	268	215.094	1.854	3.373.399
7	111	120215 Città di Aprilia	D	1.066	2.007.529	235	147.494	1.301	2.155.023
7	111	120215 Città di Aprilia	TOT	4.076	10.845.021	524	401.770	4.600	11.246.791
7	111	120278 Villa Silvana	A	171	1.385.383	-	-	171	1.385.383
7	111	120278 Villa Silvana	B	166	655.588	17	18.994	183	674.583
7	111	120278 Villa Silvana	C	130	267.010	14	14.188	144	281.198
7	111	120278 Villa Silvana	D	123	317.829	54	72.085	177	389.914
7	111	120278 Villa Silvana	TOT	590	2.625.821	85	105.267	675	2.731.088
7	112	120230 Sant'Anna	A	263	1.629.819	-	-	263	1.629.819
7	112	120230 Sant'Anna	B	580	2.136.394	28	16.780	608	2.153.174
7	112	120230 Sant'Anna	C	510	1.011.071	113	79.260	623	1.090.331
7	112	120230 Sant'Anna	D	146	271.768	702	360.348	848	632.116
7	112	120230 Sant'Anna	TOT	1.499	5.049.052	843	456.388	2.342	5.505.440
7	112	120234 Villa Gioia	A	48	400.778	-	-	48	400.778
7	112	120234 Villa Gioia	B	235	898.486	-	-	235	898.486
7	112	120234 Villa Gioia	C	504	1.033.062	147	122.472	651	1.155.534
7	112	120234 Villa Gioia	D	953	1.541.521	273	201.869	1.226	1.743.390
7	112	120234 Villa Gioia	TOT	1.740	3.873.847	420	324.341	2.160	4.198.188
7	112	120235 Villa Serena	A	282	1.031.462	-	-	282	1.031.462
7	112	120235 Villa Serena	B	388	605.582	43	33.353	331	638.945
7	112	120235 Villa Serena	C	667	1.268.281	120	82.195	787	1.350.476
7	112	120235 Villa Serena	D	1.237	2.905.325	163	115.558	1.400	3.020.883
7	112	120235 Villa Serena	TOT	1.21	858.937	-	-	121	858.937
7	112	120236 Santa Teresa	A	164	559.168	17	17.602	181	576.770
7	112	120236 Santa Teresa	B	316	702.507	305	254.075	621	956.582
7	112	120236 Santa Teresa	C	561	1.083.191	837	712.145	1.398	1.795.336
7	112	120236 Santa Teresa	D	1.162	3.203.803	1.159	983.822	2.321	4.187.625
7	112	120236 Santa Teresa	TOT	1.162	3.203.803	1.159	983.822	2.321	4.187.625



ALLEGATO 3 bis
VOLUME RICOVERI E BUDGET ECONOMICO PER TIPOLOGIA AMMINISTRATIVA DEL RAPPORTO CON I SOGGETTI EROGATORI
BUDGET PER TIPOLOGIA AMMINISTRATIVA DEGLI OSPEDALI

TIPO ISTITUTO	REGIME ORDINARIO		DAY HOSPITAL		TOTALE	
	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO
Presidio ASL	237.216	722.777.577	92.383	121.057.533	329.599	843.835.110
Azienda ospedaliera	85.016	372.575.963	45.932	69.014.538	130.948	441.590.501
Policlinico universitario	93.874	389.911.781	69.959	82.530.365	163.833	472.442.146
IRCCS	47.403	158.915.693	86.757	56.028.717	134.160	214.944.410
Istituto classificato	60.108	197.255.749	32.178	39.201.981	92.286	236.457.730
Cdc Accreditata	93.073	291.405.630	35.003	37.454.289	132.076	328.859.919
TOTALE	616.590	2.132.842.393	356.212	405.287.423	982.902	2.638.129.816

TIPO ISTITUTO	REGIME ORDINARIO		CLASSE DRG B		CLASSE DRG C		CLASSE DRG D		TOTALE	
	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO
Presidio ASL	37.984	221.092.488	68.745	264.605.126	88.096	163.265.309	44.391	73.914.654	237.216	722.777.577
Azienda ospedaliera	20.088	183.562.177	27.478	114.392.540	26.661	54.562.750	10.769	20.058.496	85.016	372.575.963
Policlinico universitario	19.594	178.194.009	26.958	111.874.171	32.076	69.493.754	15.248	29.349.847	93.874	389.911.781
IRCCS	5.479	53.275.767	11.098	47.292.106	21.483	43.053.924	8.363	15.293.896	47.403	158.915.693
Istituto classificato	12.770	72.511.073	15.565	61.163.187	21.792	45.259.284	9.981	18.332.195	60.108	197.255.749
Cdc Accreditata	14.764	69.799.798	25.244	95.862.981	30.663	64.701.314	22.402	41.041.537	93.073	291.405.630
TOTALE	110.679	799.435.312	176.088	695.080.121	218.771	440.336.335	112.152	187.990.625	616.890	2.132.842.393

TIPO ISTITUTO	DAY HOSPITAL		CLASSE DRG B		CLASSE DRG C		CLASSE DRG D		TOTALE	
	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO
Presidio ASL	829	2.176.552	10.268	17.535.433	39.159	67.075.068	41.527	34.270.462	92.383	121.057.533
Azienda ospedaliera	573	1.936.426	5.489	13.792.482	20.558	34.088.103	19.312	19.197.527	45.932	69.014.538
Policlinico universitario	1.563	3.706.673	8.149	11.399.869	29.206	44.329.965	31.041	23.093.858	89.959	82.530.365
IRCCS	733	2.348.813	7.528	12.110.767	46.780	27.007.005	31.716	14.562.132	86.757	56.028.717
Istituto classificato	105	185.268	4.115	8.173.565	11.466	18.370.517	16.482	12.472.631	32.178	39.201.981
Cdc Accreditata	165	280.361	1.779	3.050.434	11.281	12.202.476	25.778	21.921.018	39.003	37.454.289
TOTALE	3.968	10.634.093	37.928	66.062.559	158.450	203.073.152	165.866	126.517.628	366.212	405.287.423

Il budget si riferisce al tasso di ospedalizzazione atteso del 185/1000.

ALLEGATO 3 bis
VOLUME RICOVERI E BUDGET ECONOMICO PER CLASSI DI OSPEDALI

CLASSE OSPEDALI	REGIME ORDINARIO		DAY HOSPITAL		TOTALE	
	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO
A	261.666	1.031.902.193	205.628	211.522.547	467.294	1.243.424.740
B	98.420	346.350.794	43.690	62.139.662	142.110	408.490.456
C	213.239	631.414.557	93.219	110.069.270	306.458	741.483.827
D	42.365	123.174.849	23.675	21.555.944	66.040	144.730.793
TOTALE	616.690	2.132.842.393	366.212	495.267.423	982.902	2.538.129.816

CLASSE OSPEDALI	REGIME ORDINARIO													
	CLASSE DRG A			CLASSE DRG B			CLASSE DRG C			CLASSE DRG D			TOTALE	
	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO
A	54.558	464.623.245	72.504	300.847.841	92.707	190.326.985	41.897	76.104.122	201.666	1.031.902.193				
B	17.442	131.537.010	28.910	114.431.442	35.345	70.396.015	17.728	29.986.327	99.420	346.350.794				
C	33.754	176.954.231	60.050	230.149.737	77.255	151.152.779	42.180	73.157.810	213.238	631.414.557				
D	4.925	26.320.926	13.624	49.651.101	13.464	28.460.566	10.352	18.742.366	42.365	123.174.849				
TOTALE	110.679	789.435.312	175.088	696.090.121	218.771	440.336.335	112.152	197.990.625	616.690	2.132.842.393				

CLASSE OSPEDALI	DAY HOSPITAL													
	CLASSE DRG A			CLASSE DRG B			CLASSE DRG C			CLASSE DRG D			TOTALE	
	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO	N	FONDO
A	2.468	6.367.256	20.012	32.866.290	100.900	115.257.019	82.248	57.041.982	205.628	211.522.547				
B	919	2.960.808	7.039	15.429.146	16.458	28.543.723	19.274	15.178.983	43.690	62.139.662				
C	517	1.170.849	9.844	16.369.119	33.829	51.592.527	48.929	40.936.775	93.219	110.069.270				
D	64	105.180	1.033	1.410.993	7.163	7.679.663	15.415	12.359.898	23.675	21.555.944				
TOTALE	3.968	10.634.093	37.928	66.062.550	158.450	203.073.162	165.866	125.617.828	366.212	495.267.423				

Il budget si riferisce al tasso di ospedalizzazione atteso del 165/1000.





Allegato 4

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. Indirizzo strategico prioritario della Regione è 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 2006, si individua quale azione essenziale 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.

L'obiettivo atteso è quello di una sostanziale riduzione del tasso di ospedalizzazione dei residenti senza che venga meno la capacità da parte del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie.

Le strutture ospedaliere sono chiamate: a) ad operare secondo criteri di appropriatezza; b) a mettere in atto tutte le misure utili a livello locale per favorire il trasferimento di attività verso i regimi più appropriati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme regionali; c) a potenziare e qualificare l'assistenza ambulatoriale, innanzi tutto attivando ed organizzando con adeguata dotazione di risorse la modalità ambulatoriale del Day Service, dove dovrà confluire parte consistente dell'assistenza attualmente erogata in day hospital.

Al fine di accompagnare e favorire questo processo di deospedalizzazione, irrinunciabile ai fini di un corretto funzionamento del SSR, viene dato mandato all'Agenzia di Sanità Pubblica di produrre in collaborazione con le sezioni regionali delle Società Scientifiche competenti, linee di indirizzo rivolte ad individuare nelle diverse discipline il livello di erogazione più appropriato per i diversi profili di diagnosi e cura. Per il 2006, vengono individuati come ambiti prioritari le discipline di oncologia, di endocrinologia e diabetologia e di pneumologia.

Le misure previste per l'anno 2006 e riportate nel presente allegato riguardano:

1. le soglie regionali per le prestazioni ospedaliere in ricovero ordinario a rischio di inappropriatezza;
2. l'attività di Day Hospital medico;
3. l'attività ambulatoriale.





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

Le soglie di ammissibilità previste dalla DGR 731/05 hanno valore per l'attività ospedaliera svolta, nel 2005, successivamente alla data di pubblicazione sul BURL della delibera stessa. L'attività svolta nello stesso anno ma precedentemente a tale data verrà valutata sulla base delle soglie di ammissibilità previste dalla DGR 602/04.

Le simulazioni effettuate con la versione 19 del sistema di classificazione DRG hanno evidenziato piccolissime variazioni, rispetto alla versione 10, nell'attribuzione dei ricoveri a 69 dei 70 DRG sottoposti a soglia di ammissibilità, e tali variazioni non producono differenze significative nel calcolo delle soglie con il metodo APPRO. Fa eccezione il DRG 222 (interventi sul ginocchio senza CC) che non è più valido nella versione 19 del sistema DRG ed i cui casi confluiscono nel DRG 503 (interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) insieme a quelli del DRG 221 (interventi sul ginocchio con CC).

Pertanto vengono confermate per l'anno 2006 le soglie di ammissibilità già previste dalla DGR 731/05, con la sola eccezione del DRG 503, che sostituisce il DRG 222, per il quale la soglia, di nuova introduzione, è stata calcolata sulla casistica del 2004.

Le soglie sono riportate nelle tabelle A e B.

Così come previsto dalle precedenti deliberazioni, le prestazioni di ricovero ordinario per acuti prodotte da ciascun soggetto erogatore che, a decorrere dal 1/1/06, 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 2006, prima della verifica del rispetto del budget da parte delle strutture erogatrici.

Monitoraggio dei comportamenti - Sanzioni

Quanto previsto dalla DGR 731/05 in merito al monitoraggio dei comportamenti e relative sanzioni (punto 1 dell'allegato 5) viene applicato sull'attività ospedaliera del 2005 svolta successivamente alla data di pubblicazione sul BURL della delibera stessa.

Anche per l'anno 2006, 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:

- Proporzioni 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
- Proporzioni 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
- Proporzioni 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 244 sul totale di ricoveri ordinari standard attribuiti ai DRG 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 2006 di tutte le strutture ospedaliere per acuti. Qualora per una struttura venga evidenziato a carico di uno o più indicatori un incremento superiore al 20% del valore registrato nell'analogo periodo del 2005, l'ASP, verificato che tale incremento non sia addebitabile all'introduzione della versione 19 del sistema di classificazione DRG, 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 2006 vengono monitorati gli indicatori ed effettuati gli eventuali controlli relativamente all'attività ospedaliera del I semestre 2006, mentre nel corso del I semestre 2007 sono monitorati gli indicatori ed effettuati gli eventuali controlli relativamente all'attività ospedaliera del II semestre 2006.

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 del ricoveri attribuiti ad altro DRG.
> 40% e < 60%	Diversa valorizzazione economica del 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 del 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 al valore minimo della sottoclasse APR-DRG di gravità o di rischio di morte.

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



TABELLA A

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

DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/01

DRG	Classe	Descrizione	Limiti di ammissibilità	Soglie di ammissibilità
006	C	DECOMPRESIONE TUNNEL CARPALE		0,0
019	M	MAL. NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC		18,8
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 codice 11.8_ (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*
503	C	INT. SU GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	Limitatamente al codice 80.8 (asp. cartilagine semi-lunare)	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



TABELLA B

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

Altri DRG

DRG	Tipologia	Descrizione	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 (arteriovenocostomia 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
100	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
185	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 MUSCOLOSCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO		30,0
249	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST. MUSCOLOSCHEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO		37,9
256	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SIST. MUSCOLOSCHEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO		12,5
278	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC		32,9
295	M	DIABETE ETA' < 38		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
503	C	INT. SU GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	Limitatamente al codice 80.6 (esp. cartilagine articolare)	23,1

*soglie normative, invariate rispetto al 2004



2) MISURE RELATIVE ALL'ATTIVITÀ DI DAY HOSPITAL MEDICO

Per l'anno 2006, rimane in vigore quanto stabilito, comprese le indicazioni transitorie, dalla DGR 731/2005 all'allegato 5, paragrafo 2 "Nuova regolamentazione dell'attività di day hospital medico", con l'esclusione delle 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) che vengono sostituite dalle nuove tariffe regionali.

Con l'abrogazione della tabella XI della DGR 713/00 e l'entrata in vigore dell'elenco delle prestazioni indicative di appropriatezza del DH medico e della lista delle procedure effettuabili in day surgery (DGR 423/2005 e direttiva ASP del 5/2005) cessa la sua efficacia la tabella X allegata alla DGR 713/2000.

2.1 PRESTAZIONI INDICATIVE DI APPROPRIATEZZA

La DGR 731/05 prevede nell'allegato 5, al punto 1 del paragrafo 2.3, la remunerabilità dei soli accessi di DH medico nei quali venga effettuata almeno una prestazione indicativa di appropriatezza.

Nella tabella C sono individuate le prestazioni indicative di appropriatezza, cioè che indicano presuntivamente il rispetto dei criteri generali di appropriatezza previsti nell'allegato 5 della DGR 731/05, ai punti 3 e 4 del paragrafo 2.1.

Tale lista entra in vigore a partire dal 1 gennaio 2006. Attraverso il SIO, per i ricoveri di DH medico, verrà verificata l'erogazione delle prestazioni, al fine della remunerazione degli accessi. Nei limiti permessi dalla SDO, dovrà risultare l'erogazione di prestazioni della lista in numero almeno pari al numero di accessi e con date differenti di effettuazione. In caso contrario, sarà remunerato un numero di accessi pari alle prestazioni segnalate.

La presenza di queste prestazioni permette la remunerabilità degli accessi su base presuntiva ma non garantisce sull'appropriatezza effettiva del ricovero sulla quale sono chiamate a vigilare le strutture erogatrici facendo riferimento ai criteri generali precedentemente richiamati.

In caso di controlli svolti nell'ambito del Sistema regionale dei controlli esterni, l'appropriatezza del singolo accesso di DH verrà valutata attraverso l'impiego del manuale PRUO-DH come previsto dalla DGR 731/05.

Rispetto alle prestazioni indicative di appropriatezza riportate nella tabella C, si precisa quanto segue.

L'impiego dei codici presenti nella lista e riguardanti la somministrazione di farmaci è da riservarsi ai soli casi in cui si renda necessario un controllo prolungato e/o un monitoraggio, anche di laboratorio, sia per la valutazione di possibili effetti collaterali che per la messa a punto della terapia farmacologica.

Il codice 94.11 di valutazione psichiatrica dello stato mentale, ai fini della remunerabilità, può essere impiegato solo per l'accesso iniziale e/o finale di un ciclo di day hospital.

L'effettuazione in regime di day hospital delle procedure in elenco non è prescrittiva, essendo possibile, in funzione del percorso diagnostico-terapeutico nel quale sono inserite e della tipologia di paziente, la loro erogazione in altri regimi assistenziali: alcune possono essere erogate anche in regime ambulatoriale e come tali sono



previste nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, mentre altre per pazienti in condizioni particolari possono richiedere il ricovero ordinario.

In presenza di pazienti particolarmente "fragili", a causa dell'età, di condizioni morbose multiple o di condizioni socio-ambientali sfavorevoli, che rendono necessario il trattamento in regime di day hospital, anche per l'effettuazione concentrata nel tempo di più prestazioni differenti da quelle riportate in tabella C, questa condizione va esplicitata e documentata in cartella clinica e segnalata nella SDO tra le diagnosi secondarie ricorrendo al codice V13.8 (anamnesi personale di altre malattie specificate), quando la fragilità è determinata prevalentemente da condizioni cliniche, oppure al codice V62.9, quando la fragilità è determinata prevalentemente da condizioni socio-ambientali.

L'Agenzia di Sanità Pubblica provvederà ad aggiornare con periodicità almeno annuale la lista di prestazioni indicative di appropriatezza ed a renderla nota con propria direttiva.

2.2 ADEGUAMENTO TARIFFARIO PER I DH FINALIZZATI AL TRATTAMENTO DI NEOPLASIE

La DGR 731/05 prevede nell'allegato 5, al punto 1.a del paragrafo 2.2, il rimborso separato tramite il flusso informativo "file F" dei farmaci chemioterapici somministrati durante gli accessi dei DH finalizzati al trattamento farmacologico delle neoplasie.

Di seguito vengono date le indicazioni operative per attivare questa particolare modalità di adeguamento tariffario, che entra in vigore a partire dal 1 gennaio 2006.

Lista dei farmaci

I principi attivi per i quali è applicabile l'adeguamento tariffario sono riportati in tabella. Tale lista è stata predisposta dal Gruppo di Lavoro istituito presso l'ASP con Decisione n.143 del 9/7/2004 in collaborazione con la sezione regionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica.

I farmaci previsti in tabella devono essere somministrati nel rispetto delle specifiche indicazioni ministeriali.

FARMACI (principio attivo)	
FLUDARABINA (fosfato)	BCG (vaccino della tubercolosi liofilizzato)
EPIRUBICINA (cloridrato)	TRASTUZUMAB
GEMCITABINA (cloridrato)	RITUXIMAB
TOPOTECAN (cloridrato)	DOXORUBICINA (liposomiale)
IRINOTECAN (cloridrato triidrato)	ALEMTUZUMAB
PACLITAXEL	BEVACIZUMAB
DOCETAXEL	CETUXIMAB
OXALIPLATINO	PREMETREXED

Viene qui ribadito che l'adeguamento tariffario rappresenta un'eccezione alla regola generale che prevede che il trattamento farmacologico svolto durante un ricovero ospedaliero venga remunerato con la tariffa DRG specifica, costruita prendendo in considerazione anche questo costo. Pertanto, nessun'altro farmaco al di fuori di quelli considerati in tabella o per il quale non vi sia una specifica previsione normativa, che viene somministrato durante gli accessi di DH, può essere registrato all'interno del flusso informativo "file F".



L'Agenzia di Sanità Pubblica provvederà ad aggiornare e proporre, sentite le Società Scientifiche interessate, con periodicità almeno annuale la lista dei farmaci per il trattamento di neoplasie ed a renderla nota con proprio documento.

Modalità di registrazione nel flusso informativo "file F"

Le vigenti modalità di registrazione delle informazioni nel flusso informativo "file F" sono contenute nella circolare n. 6/03 dell'Assessore alla Salute e nella nota 43366/04 della Direzione Regionale SSR con la quale è stato trasmesso il "Manuale tecnico per la registrazione delle informazioni relative alla somministrazione diretta dei farmaci (flusso F)".

Fermo restando quanto previsto e riportato in questi documenti, nel caso dei farmaci chemioterapici previsti in tabella e somministrati durante gli accessi dei DH finalizzati al trattamento farmacologico delle neoplasie, bisogna attenersi alle indicazioni di seguito riportate.

Per ogni ciclo di DH deve essere predisposto un unico blocco ricetta con un numero di record pari alle tipologie di farmaci, previsti dalla lista, somministrate.

Di seguito si riportano i campi per i quali sono previste particolari modalità di registrazione:

- Campo "presidio erogatore"
1xxxyy12 (dove xxx=codice SIO dell'ospedale che effettua il DH; yy=stabilimento ospedaliero)
- Campo "soggetto prescrittore"
Stessa informazione del campo presidio erogatore seguita da otto spazi bianchi.
- Data erogazione del farmaco
Data di dimissione dal DH, riportata anche nella scheda di dimissione ospedaliera
- Quantità farmaco
Va indicato il numero di unità (ad esempio fiale) somministrate durante l'intero ciclo di DH. Non va mai riportato il numero di confezioni del farmaco.
- Importo totale
Va riportato il costo realmente sostenuto dall'azienda per l'acquisto delle unità di farmaco somministrate durante il DH, comprensivo di IVA.



TABELLA C – PRESTAZIONI INDICATIVE DI APPROPRIATEZZA DELL'ACCESSO DI DH MEDICO

ICD-9-CM	Descrizione della prestazione
0101	Puntura delle cisterne
0102	Puntura ventricolare mediante catetere già impiantato
0109	Altra puntura del cranio
0111	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] delle meningi cerebrali
0113	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale
0241	Irrigazione di shunt ventricolare
0295	Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo
0331	Rachicentesi
038	Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale
0360	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
0361	Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia
0392	Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale
0395	Spinal blood patch
0396	Denervazione percutanea della faccetta articolare
0411	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] dei nervi cranici o periferici o dei gangli
042	Distruzione dei nervi cranici o periferici
0480	Iniezione di nervo periferico
0481	Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
0489	Iniezione di altre sostanze
0531	Iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia
0532	Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici
0539	Altra iniezione in nervi o gangli simpatici
0601	Aspirazione nella regione tiroidea
0611	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della tiroide
0819	Altre procedure diagnostiche sulla palpebra
1423	Demolizione di lesione corioretinica mediante xenon arc fotocoagulazione
1424	Demolizione di lesione corioretinica mediante laser-fotocoagulazione
1425	Demolizione di lesione corioretinica mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
1433	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con xenon (laser)
1434	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)
1435	Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione di tipo non specificato
1819	Altre procedure diagnostiche sull'occhio esterno
2031	Elettrococleografia
208	Interventi sulla tuba di Eustachio
2129	Altre procedure diagnostiche sul naso
2171	Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto
2201	Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio
222	Antrotomia intranasale
240	Incisione di gengiva o di osso alveolare
2412	Biopsia dell'alveolo
2431	Asportazione di lesione o tessuto della gengiva
2439	Altri interventi sulla gengiva
2491	Estensione o approfondimento del solco linguale o labiale
2499	Altri interventi sui denti
260	Incisione delle ghiandole o dotti salivari
2611	Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare
2619	Altre procedure diagnostiche sulle ghiandole e dotti salivari
310	Iniezione della laringe
3143	Biopsia [endoscopica] della laringe
3149	Altre procedure diagnostiche sulla trachea
3193	Sostituzione di stent laringeo o tracheale
3194	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella trachea
3201	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dei bronchi
3326	Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del polmone
3404	Inserzione di drenaggio intercostale
3409	Altra incisione della pleura
3422	Mediastinoscopia
3423	Biopsia della parete toracica
3424	Biopsia della pleura
3425	Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del mediastino
3472	Chiusura di toracotomia
3491	Toracentesi



3492	Iniezione nella cavità toracica
3541	Allargamento di difetto esistente del setto striale
3604	Infusione trombolitica nell'arteria intracoronaria
370	Pericardiocentesi
3725	Biopsia del cuore
3726	Stimolazione cardiaca elettrofisiologica e studi di registrazione
3778	Inserzione di pace-maker transvenoso temporaneo
3822	Angioscopia per cutanea
411	Puntura della milza
4131	Biopsia del midollo osseo
4132	Biopsia [per aspirazione] [percutanea] della milza
4191	Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
4192	Iniezione nel midollo osseo
4233	Aspirazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto esofageo
4281	Intubazione permanente dell'esofago
4292	Dilatazione dell'esofago
4299	Altri interventi sull'esofago
4311	Gastrosomia percutanea [endoscopica] [PEG]
4319	Altra gastrosomia
4341	Aspirazione o demolizione di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica
4422	Dilatazione endoscopica del piloro
4443	Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale
4444	Embolizzazione mediante catetere per sanguinamento gastrico o duodenale
4449	Altro controllo di emorragia dello stomaco o del duodeno
4493	Inserzione di borsa gastrica (palloncino)
4494	Rimozione di borsa gastrica (palloncino)
4519	Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue
4527	Biopsia intestinale
4528	Altre procedure diagnostiche sull'intestino crasso
4529	Altra procedura diagnostica sull'intestino
4542	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso
4543	Demolizione endoscopica di altra lesione o tessuto dell'intestino crasso
4614	Colostomia differita
4624	Ileostomia in due tempi
4631	Altra enterostomia in due tempi
4632	Digiunostomia [endoscopica] percutanea [PEJ]
4639	Altra enterostomia
4685	Dilatazione dell'intestino
4695	Perfusione locale dell'intestino tenue
4696	Perfusione locale dell'intestino crasso
4829	Altre procedure diagnostiche sul retto
4831	Elettrocoagulazione radicale di lesione o tessuto del retto
4832	Altra elettrocoagulazione di lesione o tessuto del retto
4833	Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante laser
4834	Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante crio-chirurgia
4836	Polipectomia [endoscopica] del retto
4929	Altre procedure diagnostiche sull'ano e sui tessuti perianali
4941	Riduzioni di emorroidi
4942	Iniezioni delle emorroidi
4943	Cauterizzazione delle emorroidi
4947	Rimozione di emorroidi trombizzate
5011	Biopsia [percutanea] [epi-biopsia] del fegato
5091	Aspirazione percutanea del fegato
5092	Assistenza epatica extracorporea
5093	Perfusione localizzata del fegato
5094	Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato
5099	Altri interventi sul fegato
5101	Aspirazione percutanea della colecisti
5111	Colangiografia retrograda endoscopica (ERC)
5112	Biopsia percutanea della colecisti e dei dotti biliari
5114	Altra biopsia [endoscopica] del tratto biliare o dello sfintere di Oddi
5115	Misurazione di pressione dello sfintere di Oddi
5188	Inserzione endoscopica di tubo per drenaggio nasobiliare
5188	Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare
5196	Estrazione percutanea di calcoli dal dotto comune
5198	Altri interventi percutanei sul tratto biliare
5211	Biopsia [epi-biopsia] [percutanea] [aspirazione] del pancreas



5213	Pancreatografia retrograda endoscopica (ERP)
5264	Rimozione endoscopica di calcoli dal dotto pancreatico
5287	Inserzione endoscopica di tubo per drenaggio nasopancreatico
5298	Dilatazione endoscopica del dotto pancreatico
5424	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di massa intraaddominale
5425	Lavaggio peritoneale
5491	Drenaggio percutaneo addominale
5496	Iniezione di aria nella cavità peritoneale
5497	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale
5498	Dialisi peritoneale
5499	Altri interventi sulla regione addominale
5521	Nefroscopia (chirurgica o percutanea)
5522	Pieloscopia (chirurgica o percutanea)
5523	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del rene alla cieca
5592	Aspirazione percutanea renale
5593	Sostituzione di drenaggio nefrostomico
5594	Sostituzione di drenaggio pielostomico
5595	Perfusione del rene con sostanze terapeutiche
5596	Altre iniezioni di sostanze terapeutiche nel rene
5631	Ureteroscopia
5632	Biopsia percutanea dell'uretere
5633	Biopsia transureteroscopica
5635	Endoscopia del condotto ileale (dotto artificiale realizzato negli interventi di cistectomia)
5691	Dilatazione della papilla ureterale
570	Drenaggio transuretrale della vescica
5711	Prelievo percutaneo di urina
5717	Cistostomia per cutanea
5731	Cistoscopia attraverso stoma artificiale
5792	Calibraggio collo vescicole
5821	Uretroscopia trans-perineale
5829	Altre procedure diagnostiche sull'uretra e sul tessuto periuretrale
5831	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra
5839	Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra
586	Dilatazione uretrale
598	Cateterizzazione ureterale
5993	Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico
5994	Riposizionamento chirurgico di drenaggio cistostomico
5995	Litotriasi con ultrasuoni o elettroidraulica
5999	Altri interventi sull'apparato urinario
6011	Biopsia transperineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata
6013	Biopsia [percutanea] delle vescicole seminali
6071	Aspirazione percutanea delle vescicole seminali
6091	Aspirazione percutanea della prostata
6092	Iniezione (di farmaci) nella prostata
610	Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale
6119	Altre procedure diagnostiche sullo scroto e sulla tunica vaginale
613	Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale
6191	Aspirazione percutanea della tunica vaginale
6211	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del testicolo
6291	Aspirazione del testicolo
6292	Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo
6301	Biopsia del cordone spermatico
6352	Derotazione del funicolo e del testicolo
636	Vasotomia e vasostomia
6370	Intervento di sterilizzazione dell'uomo
6371	Legatura dei dotti deferenti per rottura o lacerazione
6372	Legatura del cordone spermatico
6373	Vasectomia
6384	Rimozione di legatura dei dotti deferenti
6391	Aspirazione di speratocele
6419	Altre procedure diagnostiche sul pene
6491	Plastiche di slittamento del prepuzio
6494	Posizionamento di protesi peniena esterna
6501	Ovariotomia laparoscopica
6513	Biopsia laparoscopica dell'ovaio
6514	Altre procedure diagnostiche laparoscopiche sull'ovaio
6523	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica



668	Insufflazione delle tube
6691	Aspirazione delle tube
670	Dilatazione del canale cervicale
6823	Ablazione dell'endometrio
6959	Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione
696	Procedura per provocare o regolare il flusso mestruale
6991	Inserzione di dispositivo terapeutico interno all'utero
6993	Inserzione di laminaria
6994	Riposizionamento manuale di utero invertito
6996	Rimozione del materiale di cerchiaggio dalla cervice
700	Culdocentesi
7011	Imerotomia
7121	Aspirazione percutanea di cisti nella ghiandola del Bartolino
750	Iniezione intra-amniotica per interruzione di gravidanza
751	Amniocentesi diagnostica - prelievo dei villi coriali
752	Trasfusione intrauterina
7531	Amnioscopia
7532	ECG fetale (cuoio capelluto)
7533	Prelievo di sangue fetale e biopsia
7535	Altre procedure diagnostiche sul feto e sull'amnios
7671	Riduzione chiusa di frattura zigomatica e malare
7673	Riduzione chiusa di frattura mascellare
7675	Riduzione chiusa di fratture mandibolare
7678	Altra riduzione chiusa di frattura facciale
7693	Riduzione chiusa di lussazione temporomandibolare
7695	Altra manipolazione di articolazione temporomandibolare
7696	Iniezione di sostanza terapeutica nell'articolazione temporomandibolare
7900	Riduzione chiusa di frattura senza fissazione interna in sede non specificata
7901	Riduzione chiusa di frattura dell'omero senza fissazione interna
7902	Riduzione chiusa di frattura di radio e ulna senza fissazione interna
7903	Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo senza fissazione interna
7904	Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano senza fissazione interna
7905	Riduzione chiusa di frattura del femore senza fissazione interna
7906	Riduzione chiusa di frattura di tibia e fibula senza fissazione interna
7907	Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso senza fissazione
7908	Riduzione chiusa di frattura delle falangi del piede senza fissazione interna
7909	Riduzione chiusa di frattura di altro osso specificato
7970	Riduzione chiusa di lussazione in sede non specificata
7971	Riduzione chiusa di lussazione della spalla
7972	Riduzione chiusa di lussazione del gomito
7973	Riduzione chiusa di lussazione del polso
7974	Riduzione chiusa di lussazione della mano e delle dita della mano
7975	Riduzione chiusa di lussazione dell'anca
7976	Riduzione chiusa di lussazione del ginocchio
7977	Riduzione chiusa di lussazione della caviglia
7978	Riduzione chiusa di lussazione del piede e delle dita del piede
7979	Riduzione chiusa di lussazione in altra sede specificata
8030	Biopsia delle strutture articolari
8031	Biopsia delle strutture articolari della spalla
8032	Biopsia delle strutture articolari del gomito
8033	Biopsia delle strutture articolari del polso
8034	Biopsia delle strutture articolari della mano e delle dita della mano
8035	Biopsia delle strutture articolari dell'anca
8036	Biopsia delle strutture articolari del ginocchio
8037	Biopsia delle strutture articolari della caviglia
8038	Biopsia delle strutture articolari del piede e delle dita del piede
8039	Biopsia di strutture articolari di altra sede specificata
8191	Artrocentesi
8192	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento
8204	Incisione e drenaggio dello spazio palmare o tenare
8294	Iniezione di sostanze terapeutiche nelle borse della mano
8295	Iniezione di sostanze terapeutiche nei tendini della mano
8296	Altra iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli della mano
8396	Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno delle borse
8397	Iniezione di sostanze all'interno dei tendini
8398	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli
850	Mastotomia



8511	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della mammella
8519	Altre procedure diagnostiche sulla mammella
8551	Iniezione mammoplastica di ingrandimento monolaterale
8552	Iniezione mammoplastica di ingrandimento bilaterale
8592	Iniezione di sostanze terapeutiche nella mammella
8603	Incisione di cisti o seno pilonidale
8604	Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo
8607	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
8651	Reimpianto del cuoio capelluto
8699	Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo
8701	Pneumoencefalografia
8702	Altra radiografia con contrasto del cervello e del cranio
8708	Linfografia cervicale
8714	Radiografia orbitale con contrasto
8715	Radiografia sinusale con contrasto
8721	Mielografia con contrasto
8731	Broncografia endotracheale
8732	Altra broncografia con contrasto
8733	Pneumografia del mediastino
8734	Linfangiografia intratoracica
8751	Colangiografia epatica per cutanea
8774	Pielografia retrograda
8775	Pielografia per cutanea
8784	Isterografia per cutanea
8791	Vasculografia seminale con contrasto
8793	Epididimografia con contrasto
8811	Radiografia della pelvi con contrasto opaco
8812	Radiografia della pelvi con contrasto gassoso
8813	Altra pneumografia peritoneale
8814	Fistulografia retroperitoneale
8840	Arteriografia con mezzo di contrasto
8841	Arteriografia di arterie cerebrali
8842	Aortografia
8843	Arteriografia delle arterie polmonari
8844	Arteriografia di altri vasi intratoracici
8845	Arteriografia delle arterie renali
8846	Arteriografia della placenta
8847	Arteriografia di altre arterie intraaddominali
8848	Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore
8849	Arteriografia di altre sedi non specificate
8850	Angiocardiografia
8851	Angiocardiografia della vena cava
8855	Arteriografia coronarica con catetere singolo
8860	Flebografia con mezzo di contrasto
8861	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene del capo e del collo
8862	Flebografia con mezzo di contrasto delle vene polmonari
8863	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intratoraciche
8864	Flebografia con mezzo di contrasto del sistema portale
8865	Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intraaddominali
8866	Flebografia con mezzo di contrasto della femorale e di altre vene degli arti inferiori
8867	Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate
8868	Flebografia ad impedenza
8903	Anamnesi e valutazione definite complessive
8907	Controllo definito complessivo
8910	Tasi intracarotideo con amobarbitale
8917	Polisonnogramma
8921	Manometria urinaria
8962	Monitoraggio della pressione venosa centrale
8963	Monitoraggio della pressione dell'arteria polmonare
8964	Monitoraggio della pressione in arteria polmonare
8967	Monitoraggio della gittata cardiaca mediante la tecnica del consumo di ossigeno (metodo di Fick)
8968	Monitoraggio della gittata cardiaca mediante la tecnica della termodiluzione
8969	Monitoraggio del flusso ematico coronario
9221	Radiazione superficiale
9222	Radiazione ad ortovoltaggio
9223	Teleterapia radioisotopica
9224	Teleterapia mediante fotoni



9225	Teleradioterapia con elettroni
9226	Teleradioterapia con altre radiazioni particolate
9928	Iniezione o infusione di agenti modificatori della risposta biologica (BRM) come agenti antineoplastici
9929	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche
9318	Esercizi respiratori
9336	Riabilitazione cardiologia
9356	Applicazione di medicazione compressiva
9358	Applicazione di pantaloni a pressione
9359	Altra immobilizzazione
9372	Training per disfagia
9381	Terapia ricreazionale
9382	Terapia educativa
9383	Terapia occupazionale
9384	Terapia musicale
9385	Riabilitazione vocale
9389	Riabilitazione non classificata altrove
9396	Altro tipo di arricchimento di ossigeno
9397	Camera di decompressione
9401	Somministrazione di test di intelligenza
9402	Somministrazione di test psicologici
9411	Valutazione psichiatrica dello stato mentale
942	Somatoterapia psichiatrica
9461	Riabilitazione da alcool
9464	Riabilitazione da farmaci
9467	Riabilitazione combinata da alcool e farmaci
9504	Esame dell'occhio sotto anestesia
9616	Altre dilatazioni vaginali
9621	Dilatazione del dotto frontonasale
9624	Dilatazione e manipolazione di stoma di enterostomia
9625	Distensione terapeutica della vescica
9626	Riduzione manuale di prolasso di enterostomia
9635	Alimentazione per sonda gastrica
9641	Irrigazione di colecistostomia e altro tubo biliare
9642	Irrigazione di tubo pancreatico
9645	Irrigazione di nefrostomia e pielostomia
9646	Irrigazione di ureterostomia e catetere ureterale
9647	Irrigazione di cistostomia
9648	Irrigazione di altro catetere urinario a permanenza
966	Infusione enterale di sostanze nutritive concentrate
9701	Sostituzione di tubo nasogastrico o per esofagostomia
9702	Sostituzione di tubo per gastrostomia
9703	Sostituzione di tubo o dispositivo per enterostomia del piccolo intestino
9704	Sostituzione di tubo o dispositivo per enterostomia del grosso intestino
9705	Riposizionamento di sonda nel dotto biliare o pancreatico
9715	Sostituzione di catetere in ferita
9737	Rimozione di cannula di tracheotomia
9741	Rimozione di tubo di toracotomia o di drenaggio pleurico
9742	Rimozione di drenaggio mediastinico
9751	Rimozione di tubo di gastrostomia
9752	Rimozione di tubo dall'intestino tenue
9753	Rimozione di tubo dall'intestino crasso o appendice
9754	Rimozione di tubo di colecistostomia
9755	Rimozione di tubo a T
9756	Rimozione di tubo o drenaggio pancreatico
9759	Rimozione di altro dispositivo dell'apparato digerente
9761	Rimozione di tubo da pielostomia e nefrotomia
9762	Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale
9763	Rimozione di tubo da cistostomia
9764	Rimozione di altro dispositivo di drenaggio urinario
9769	Rimozione di altro dispositivo dall'apparato urinario
9781	Rimozione di dispositivo di drenaggio retroperitoneale
9782	Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale
9851	Litotripsia extracorporea del rene
9852	Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliari
9859	Litotripsia extracorporea di altre sedi
9901	Exsanguino trasfusione
9902	Autotrasfusione di sangue intero



9903	Altra trasfusione di sangue intero
9904	Trasfusione di concentrato cellulare
9905	Trasfusione di piastrine
9906	Trasfusione di fattori della coagulazione
9907	Trasfusione di altro siero
9908	Trasfusione di plasma expander
9909	Trasfusione di altre sostanze
9911	Iniezione di immunoglobuline anti Rh
9913	Immunizzazione per malattia autoimmune
9914	Iniezione di gamma globulina
9915	Infusione parenterale di sostanze nutritive concentrate
9925	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove
9961	Cardioversione elettrica
9971	Plasmaferesi terapeutica
9972	Leucoferesi terapeutica
9973	Eritroferesi terapeutica
9974	Piastrinoferesi terapeutica
9979	Altre aferesi
9988	Fotoferesi terapeutica



3) MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE

Per l'anno 2006, rimane in vigore quanto stabilito, comprese le indicazioni transitorie, dalla DGR 731/2005 all'allegato 5, paragrafo 3 "Qualificazione dell'attività ambulatoriale e istituzione del day service", con le integrazioni di seguito riportate.

3.1 ACCORPAMENTI DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI (APA)

In seguito all'analisi dei costi di produzione delle prestazioni ospedaliere, vengono modificate come segue le tariffe degli APA 04.43 e 13.41 previste dalla DGR 731/05:

APA	tariffe	Descrizione	Frattura	Elia	Altre	Strumenti	tariffe
A H C 04.43		LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (prestazione comprensiva di visita anestesiológica 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

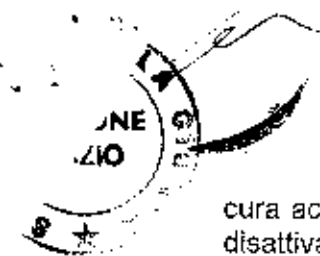
Nel corso del 2006 è atteso lo svolgimento in regime ambulatoriale della maggior parte dell'attività attualmente svolta in ricovero ospedaliero relativamente ai DRG 006 (decompressione del tunnel carpaie) e 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia). Questo trasferimento di attività è fondamentale al fine di raggiungere gli obiettivi programmati relativamente al tasso di ospedalizzazione.

Al fine di permettere e incentivare il raggiungimento di questi risultati, si stabilisce quanto segue.

Tenendo conto della sostanziale sovrapposibilità tra le attività di day surgery e la chirurgia ambulatoriale, le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e private provvisoriamente accreditate che già effettuino le prestazioni 04.43 (DRG 006) e 13.41 (DRG 039) in regime di ricovero ordinario e/o day hospital possono effettuare, a partire dal 1 gennaio 2006 gli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali 04.43 e 13.41 in regime ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Tenendo conto dei volumi di attività svolti dalle diverse strutture relativamente alle prestazioni 04.43 e 13.41 in regime ospedaliero nell'anno 2004, e coerentemente con l'atteso trasferimento in regime ambulatoriale, si stabilisce che nel corso dei primi mesi del 2006 vengano disattivati nelle relative discipline i posti letto indicati nelle tabelle D ed E.

I Direttori Generali delle ASL e degli ospedali aziendalizzati sono tenuti pertanto a disattivare, secondo le indicazioni delle tabelle, entro i primi tre mesi dell'anno, i posti letto a gestione diretta. Inoltre, i Direttori Generali delle ASL sono tenuti a verificare, attraverso gli Uffici delle ASL preposti, l'avvenuta disattivazione da parte delle Case di



cura accreditate e degli ospedali classificati presenti nel territorio dell'ASL. L'avvenuta disattivazione dovrà essere comunicata alla Direzione Regionale competente.

Le risorse così liberate dovranno essere indirizzate al potenziamento dell'attività ambulatoriale, attraverso l'erogazione degli APA e l'attivazione della modalità organizzativa Day Service.

Eventuali osservazioni motivate in ordine ad un diverso utilizzo nelle medesime specialità dei posti da disattivare potranno essere indirizzate alla Direzione Regionale competente che deciderà in merito.

Il ricovero ospedaliero è da riservarsi ai soli casi in cui per le particolari condizioni del paziente il trattamento ambulatoriale non offre sufficienti garanzie di sicurezza. Fermo restando le soglie di ammissibilità previste al punto 1 del presente allegato che riguardano il rapporto tra ricoveri ordinari e day hospital, a fine anno verranno valutati, attraverso l'impiego combinato dei dati confluiti al SIO ed al SIAS, per ogni singola struttura i seguenti indicatori:

- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 039 e APA 13.41
- ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 006 / ricoveri (ordinari e DH) attribuiti al DRG 006 e APA 04.43.

Qualora il valore di questi indicatori superi il 5%, le quote eccedenti di ricoveri ospedalieri vengono riclassificate come APA e come tali remunerate e contabilizzate dal SIAS.

Gli APA seguono il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (SIAS). E' obbligatoria l'indicazione nel campo "determinante clinico" del codice ICD-9-CM di diagnosi (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la patologia per la quale si ricorre all'intervento chirurgico.

Anche per il 2006 non si prevede la partecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni di cui sopra (04.43 e 13.41).

3.2 DAY SERVICE ED EROGAZIONE DEI PAC

Nella tabella F sono riportate le specifiche dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) introdotti con la DGR 731/05, comprensive delle branche specialistiche di riferimento, della tipologia di pazienti cui il PAC è destinato, della composizione del PAC, delle strutture autorizzate allo svolgimento, della tariffa e di eventuali ulteriori note.

Si richiama l'iter previsto dalla DGR 731/05 per l'introduzione di nuovi PAC, e si ribadisce che lo sviluppo della modalità organizzativa ambulatoriale Day Service rappresenta un obiettivo prioritario del Servizio Sanitario Regionale al fine di perseguire l'erogazione in un regime appropriato di assistenza che attualmente viene svolta impropriamente in day hospital, nonché la diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici per i quali esiste evidenza di efficacia. Pertanto, le strutture ospedaliere sono chiamate a valutare la propria attività di day hospital ed a proporre, secondo l'iter previsto, i PAC necessari per il trasferimento dei ricoveri inappropriati nel Day Service. I nuovi PAC una volta espletato l'iter previsto verranno introdotti con atto della Direzione Regionale competente con periodicità almeno trimestrale.

I dati relativi ai PAC confluiscono nel Sistema Informativo per l'Assistenza Ambulatoriale (SIAS) secondo le modalità riportate nella tabella G.



E' obbligatoria l'indicazione nel campo "determinante clinico" del codice ICD-9-CM di diagnosi (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la patologia o il sospetto diagnostico per il quale si ricorre al PAC.

Eventuali modifiche alle modalità di registrazione che si renderanno necessarie saranno apportate e rese note dall'Agenzia di Sanità Pubblica.

Inoltre, l'Agenzia di Sanità Pubblica provvederà a fornire le indicazioni necessarie per la registrazione delle informazioni cliniche relative al PAC per il follow-up del bambino altamente pretermine in un sistema informativo dedicato, fermo restando anche per questo PAC l'obbligo di registrazione al SIAS.

Al fine di evitare che le scelte organizzative messe in atto dalle strutture gravino sui cittadini, in via straordinaria e transitoria per il 2006, non si applica quanto previsto per la compartecipazione alla spesa (ticket) relativamente all'erogazione dei PAC.

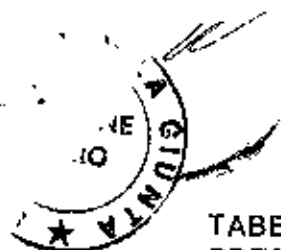


TABELLA D – POSTI LETTO DA DISATTIVARE PER IL TRASFERIMENTO DELLA PRESTAZIONE 13.41 IN REGIME AMBULATORIALE

OSPEDALE	Disciplina	P.L. Ordinari	P.L. DH
002 Civile di Acquapendente	09 CHIRURGIA G	-	1
019 San Camillo de Lellis	34 OCULISTICA	-	7
020 Marzio Marini	34 OCULISTICA	-	1
026 P.O. Santo Spirito	34 OCULISTICA	-	3
030 Regionale Oftalmico	34 OCULISTICA	6	8
037 Nuovo Regina Margherita	34 OCULISTICA	-	1
047 San Sebastiano Martire	09 CHIRURGIA G	-	3
053 San Giovanni Evangelista	34 OCULISTICA	-	5
058 Centro Traumatologico Ortopedico	34 OCULISTICA	-	2
051 Giovanni Battista Grassi	34 OCULISTICA	-	7
071 San Pietro - Fatebenefratelli	34 OCULISTICA	1	4
072 San Giovanni Calibita - FBF	34 OCULISTICA	3	7
073 San Carlo di Nancy	34 OCULISTICA	2	3
074 Cristo Re	34 OCULISTICA	-	2
075 Israelitico	34 OCULISTICA	-	2
083 Villa Valeria	34 OCULISTICA	2	-
084 Villa Tiberia	34 OCULISTICA	12	1
096 Madonna delle Grazie	34 OCULISTICA	1	5
116 San Luca	09 CHIRURGIA G	-	7
134 Sant'Anna	34 OCULISTICA	-	4
140 Siligato	34 OCULISTICA	-	1
143 Concordia Hospital	34 OCULISTICA	1	-
155 Chirurgia Addominale all'Eur	34 OCULISTICA	-	2
157 Fabia Mater	34 OCULISTICA	1	1
165 Policlinico Casilino	34 OCULISTICA	1	-
166 Nuova Ilor	34 OCULISTICA	2	-
171 Citta' di Roma	34 OCULISTICA	-	3
200 P.O. Latina Nord	34 OCULISTICA	-	6
209 Casa del Sole	34 OCULISTICA	2	2
216 Umberto I	34 OCULISTICA	1	3
225 Pasquale Del Prete	34 OCULISTICA	-	1
226 Santissima Trinita'	34 OCULISTICA	-	3
228 Gemma de Bosis	34 OCULISTICA	2	4
267 Sandro Pertini	34 OCULISTICA	-	4
271 Belcolle	34 OCULISTICA	2	4
901 San Camillo - Forlanini	34 OCULISTICA	3	3
902 San Giovanni	34 OCULISTICA	-	11
903 San Filippo Neri	34 OCULISTICA	-	3
904 Bambino Gesù	34 OCULISTICA	2	2
905 Policlinico A. Gemelli	34 OCULISTICA	3	6
906 Policlinico Umberto I	34 OCULISTICA	2	7
915 Campus Biomedico	34 OCULISTICA	-	1
919 Sant'Andrea	34 OCULISTICA	-	1
920 Tor Vergata	09 CHIRURGIA G	-	3

**TABELLA E – Posti letto da disattivare per il trasferimento della prestazione
04.43 In regime ambulatoriale**

OSPEDALE	Disciplina	P.L. Ordinari	P.L. DH
006 Sant'Anna	36 ORTOPEDIA	-	1
007 Civile di Tarquinia	36 ORTOPEDIA	-	1
019 San Camillo de Lellis	36 ORTOPEDIA	-	1
026 P.O. Santo Spirito	36 ORTOPEDIA	-	1
055 Luigi Spolverini	36 ORTOPEDIA	-	1
075 Israelitico	36 ORTOPEDIA	-	2
132 Guarnieri	36 ORTOPEDIA	-	1
163 San Feliciano	36 ORTOPEDIA	-	1
165 Policlinico Casilino	30 NEUROCHIR.	-	1
166 Nuova Itor	36 ORTOPEDIA	-	1
176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	36 ORTOPEDIA	-	1
200 P.O. Latina Nord	36 ORTOPEDIA	-	1
211 Villa Azzurra	36 ORTOPEDIA	-	1
212 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	36 ORTOPEDIA	1	2
215 Città di Aprilia	36 ORTOPEDIA	-	1
226 Santissima Trinita'	36 ORTOPEDIA	-	1
236 Santa Teresa	09 CHIRURGIA G.	-	1
267 Sandro Pertini	30 NEUROCHIR.	-	1
901 San Camillo - Forlanini	12 CHIRURGIA PL.	-	1
901 San Camillo - Forlanini	32 NEUROLOGIA	-	1
903 San Filippo Neri	30 NEUROCH.	-	1
904 Bambino Gesù	36 ORTOPEDIA	-	1
905 Policlinico A. Gemelli	36 ORTOPEDIA	1	2
906 Policlinico Umberto I	09 CHIRURGIA G.	-	2
908 Istituti Fisioterapici Ospitalieri	30 NEUROCH.	-	1
919 Sant'Andrea	36 ORTOPEDIA	-	1
920 Tor Vergata	09 CHIRURGIA G.	-	1



TABELLA F – DESCRIZIONE DEI PAC

PAC PER IL FOLLOW-UP DEL BAMBINO ALTAMENTE PRETERMINE
(codici: P7650A, P7650B1, P7650B2, P7650C, P7650D, P7650E, P7650F, P7650G)

Disciplina di riferimento

Neonatologia

Razionale

I nati estremamente pretermine hanno un elevato rischio di sviluppare deficit neuro-psico-sensoriali, comprese condizioni di disabilità grave. L'identificazione e la presa in carico precoce di questi problemi di salute sono due aspetti fondamentali per una buona gestione assistenziale di questi bambini. A tale scopo sono altamente indicati programmi specifici di follow-up nei primi anni di vita.

Tipologia di pazienti

Nati con età gestazionale inferiore a 32 settimane compiute

Composizione

Si riconoscono sette distinti PAC sulla base dell'età del bambino. Per il controllo a 3 mesi sono possibili, in alternativa, due diversi PAC che variano per la tecnica di effettuazione dello screening audiometrico. Per configurarsi come tale, nel PAC devono essere eseguite tutte le prestazioni previste.

codice	prestazione	tariffa
P7650A - entro 10-20 giorni dalla dimissione dall'ospedale		100
89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
95.02	Esame dell'occhio (fondo oculare)	
88.71.1	Ecoencefalografia	
90.82.4	Valore ematocrito	
P7650B1 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)		130
89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazioni, definite brevi)	
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L.	
90.74.5	Reticolociti (Conteggio) [(Sg)]	
90.11.4	Calcio totale [S/U/dU]	
90.23.5	Fosfatasi alcalina	
90.24.5	Fosforo	
89.15.8	Potenziali evocati uditivi per ricerca di soglia (screening audiometrico)	
P7650B2 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)		97
89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatria)	
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)	
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV., F. L.	
90.74.5	Reticolociti (Conteggio) [(Sg)]	
90.11.4	Calcio totale [S/U/dU]	
90.23.5	Fosfatasi alcalina	
90.24.5	Fosforo	
20.39.1	Otoemissioni acustiche TEOAE (screening audiometrico)	

**P7650C - controllo a 6 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)**

67

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatrica)
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)

P7650D - controllo a 9 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

67

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatrica)
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)

P7650E - controllo a 12 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

150

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatrica)
89.07	Valutazione dello sviluppo (consulto, definito complessivo) con test di sviluppo (Brunet Lezine o Bayley o Griffith)
95.02	Visita oculistica con esame dell'occhio (fondo oculare, refrazione)
95.15	Studio della motilità oculare

P7650F - controllo a 18 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

90

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatrica)
89.01	Valutazione dello sviluppo (anamnesi e valutazione, definite brevi)
95.47	Esame dell'udito NAS

P7650G - controllo a 24 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

150

89.7	Visita specialistica (neonatologica/pediatrica)
89.07	Valutazione dello sviluppo (consulto, definito complessivo) con test di sviluppo (Brunet Lezine o Bayley o Griffith)
95.02	Visita oculistica con esame dell'occhio (fondo oculare, refrazione)
95.15	Studio della motilità oculare

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Unità di Terapia Intensiva Neonatale o Servizi di Follow-up neonato a rischio

Tariffa

I PAC vengono remunerati con le tariffe forfetarie indicate accanto ai diversi PAC

Note

Tutte le prestazioni costituenti un PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Le informazioni cliniche relative ai risultati delle singole visite di follow-up devono essere riportate in una scheda di raccolta dati standardizzata e inserite in un sistema informativo dedicato

La visita specialistica deve essere comprensiva di una valutazione auxologica e della rilevazione di valori di frequenza cardiaca, respiratoria, e misurazione della pressione arteriosa

La valutazione dello sviluppo deve comprendere la valutazione degli aspetti neuromotori, neurovegetativi, sensoriali, cognitivi, comportamentali e relazionali

Per i PAC effettuati a 12 e 24 mesi è prevista la stesura di una relazione clinica per la famiglia

Dal 9° mese è prevista una variabilità di +/- un mese nell'età al controllo



PAC DIAGNOSTICO DI IPERTENSIONE (codice: P401)

Disciplina di riferimento

Medicina generale, Cardiologia, Nefrologia

Razionale

La valutazione diagnostica dell'ipertensione arteriosa è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con ipertensione moderata (PA sistolica 160-179, PA diastolica 100-109) o grave (PA sistolica \geq 180, PA diastolica \geq 110)

Composizione

Per configurarsi il PAC di ipertensione devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	tariffa
P401	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	Visita successiva alla prima	12,76
89.61.1	Monitoraggio della pressione arteriosa	41,32
89.52	Elettrocardiogramma	11,62
88.72.1	Ecocardiografia	51,65
88.74.1	Ecografia renale	43,90
89.77.2	Ecocolordoppler carotideo	43,90
89.77.2	Ecocolordoppler femorale	43,90
88.77.2	Ecocolordoppler arterie renali	43,90
95.02	Esame dell'occhio	13,63
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,52
90.14.1	Colesterolo HDL	1,86
90.14.3	Colesterolo totale	2,28
90.16.3	Creatinina	2,56
90.27.1	Glucosio a digiuno	1,70
90.43.5	Urato [S/U/du] (acido urico)	1,70
90.62.2	Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3,31
90.44.3	Esame chimico fisico urine	1,14
90.37.4	Potassio sierico	2,78
90.43.2	Trigliceridi	5,17
90.72.3	Proteina C reattiva (quantitativa)	4,75
90.33.4	Microalbuminuria	4,65



90.39.1	Proteinuria	4,65
90.40.2	Renina [P]	19,11
90.05.3	Aldosterone [S/U]	19,11
90.12.4	Catecolamine totali urinarie	12,60
90.15.3	Cortisolo [S/U]	19,11

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate



PAC DIAGNOSTICO PER IL NODULO TIROIDEO (P241)

Disciplina di riferimento

Endocrinologia, Chirurgia generale, Medicina Generale

Razionale

La patologia nodulare della tiroide è ancora oggi oggetto di ricovero ospedaliero inappropriato, mentre può essere gestita efficacemente e con maggiore efficienza a livello ambulatoriale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con sospetta patologia nodulare tiroidea che necessitano di un approfondimento diagnostico

Composizione

Per configurarsi il PAC diagnostico per nodulo tiroideo devono essere erogate almeno 3 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca 00 - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC.

codice	prestazione	tariffa
P241	Visita e gestione del PAC	25,00
88.71.4	Diagnostica ecografica del capo e del collo	28,41
06.11.2	Biopsia [percutanea] agobiopsia della tiroide	61,46
89.01	Visita successiva alla prima	12,76
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,52
90.62.2	Emocromo: H5, GR, GB, HCT, PLT, RDW, DERIV., F. L.	3,31
91.39.1	Esame citologico da agoaspirazione	33,78
90.42.1	Tireotropina (TSH)	19,11
90.42.3	Tiroxina libera (FT4)	19,11
90.43.3	Triiodotironina libera (FT3)	19,11
90.51.4	Anticorpi anti microsomi (AbTMS) O anti tireoperossidasi (AbTPO)	19,11
90.54.4	Anticorpi anti tireoglobulina (AbTg)	19,11

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.



PAC DIAGNOSTICO PER L'ANEMIA (codice: P2859)

Disciplina di riferimento

Ematologia, Medicina generale, Gastroenterologia, Oncologia, Nefrologia

Razionale

La valutazione diagnostica dell'anemia è spesso causa di ricovero ospedaliero (ordinario o in day hospital) non appropriato. Il PAC rappresenta una modalità organizzativa per effettuare le prestazioni in un regime appropriato e garantire, comunque, al paziente la presa in carico da parte di uno specialista con un inquadramento globale e la definizione della gestione assistenziale.

Tipologia di pazienti

Pazienti con anemia asintomatica (valori di Hb \geq 7 g/dl)

Composizione

Per configurarsi il PAC di anemia devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante. Le prestazioni dell'elenco, tranne quelle della branca OD - laboratorio analisi, possono essere erogate una sola volta nell'ambito del PAC. Le prestazioni 45.23 e 45.25 sono in alternativa tra di loro.

codice	prestazione	tariffa
P2859	Visita e gestione del PAC	25,00
89.01	Visita successiva alla prima	12,76
88.75.1	Ecografia dell'addome inferiore Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminile	32,02
89.26	Visita ginecologica	13,63
45.16	Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia	71,01
45.23	Colonscopia con endoscopia flessibile	61,97
45.25	Biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso Colonscopia con biopsia	87,28
88.74.1	Ecografia dell'addome superiore Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo	43,9
91.47.5	Esame istocitopatologico sistema emopoietico Biopsia osteo midollare	79,64
41.31	Biopsia [agobiopsia] del midollo osseo	34,86
87.44.1	Radiografia del torace di routine NAS Radiografia standard del torace [Telerradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	15,49
Analisi cliniche		
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	0,52
90.63.3	Esame del midollo osseo per apposizione e/o striscio Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	20,86
90.62.2	Emocromo Hb, GR, GB, HCT, PLT, Ind. Deriv., F. L.	3,31
90.63.4	Esame microscopico del sangue periferico Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	3,72
90.74.5	Reticolociti (Conteggio) [(Sg)]	1,28
90.22.3	Ferritina [P/(Sg)Er]	19,11
90.16.3	Creatinina	2,56
90.82.5	Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)	1,28



90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	5,96
90.44.3	Esame chimico fisico urine	1,14
90.23.2	Folato [S/(Sg)Er]	19,11
90.13.5	Cobalamina (VIT. B12) [S]	19,11
90.42.1	Tireotropina (TSH)	19,11
90.10.5	Bilirubina totale e frazionata	3,4
90.29.2	Lattato deidrogenasi (LDH) [S/F]	2,56
90.49.3	Anticorpi anti eritrociti [Test di Coombs indiretto]	3,19
90.58.2	Autoanticorpi anti eritrociti [Test di Coombs diretto]	3,19
90.09.1	Aptoglobina	4,65
90.42.5	Transferrina [S]	5,16
90.22.5	Ferro [S]	2,56
90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA)	13,32
90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ANA) Anticorpi anti istoni	9,66
90.48.3	Anticorpi anti DNA nativo	11,88

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

Le strutture ospedaliere accreditate per le discipline di riferimento del PAC

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.



PAC TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE CONTROLLATA DI FARMACI (PV58)

Disciplina di riferimento

tutte

Razionale

Alcuni farmaci, principalmente quelli di fascia H, richiedono un ambiente protetto per la somministrazione, per i possibili effetti collaterali, per necessità di monitoraggio o di controlli della velocità di somministrazione, per esigenze di sorveglianza. Appare razionale che questa attività venga svolta in regime ambulatoriale.

Tipologia di pazienti

Pazienti che necessitano di un ciclo di terapia farmacologica da svolgersi in ambiente protetto

Composizione

Per configurarsi il PAC terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci deve essere svolto un ciclo di terapia con almeno cinque somministrazioni. Va individuato, tra quelli sotto elencati, il codice di prestazione che meglio descrive la somministrazione (da ripetersi per ogni somministrazione terapeutica effettuata). Possono entrare, inoltre, nel PAC eventuali analisi di laboratorio che si rendono necessarie per esigenze di controllo e monitoraggio durante il ciclo terapeutico.

codice	prestazione	tariffa
99.14.1	Infusione di immunoglobuline endovena	11,62
99.23	Iniezione di steroidi Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,71
99.24.1	Infusione di sostanze ormonali	11,62
99.25	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove	9,71
99.06.1	Infusione di fattori della coagulazione	11,62
99.22	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche 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	3,00
vari	eventuali prestazioni della branca 00 - laboratorio analisi	

Strutture autorizzate all'erogazione previa comunicazione

- Le strutture ospedaliere appartenenti alle tipologie amministrative presidio pubblico, azienda ospedaliera, policlinico universitario, IRCCS, ospedali classificati.

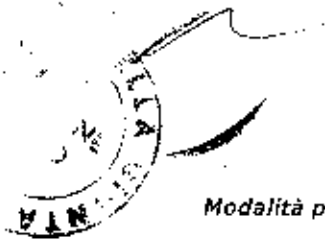
Note

Per i pazienti con malattie croniche che necessitano di terapie prolungate per periodi superiori al mese, il PAC può essere chiuso alla conclusione della terapia o, comunque, alla fine dell'anno solare.

Tariffa

Il PAC viene remunerato con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate.

I farmaci somministrati vanno rilevati nel file F e saranno compensati secondo le regole vigenti.



Modalità per la registrazione dei farmaci nel file F

Le vigenti modalità di registrazione delle informazioni nel flusso informativo "file F" sono contenute nella circolare n. 6/03 dell'Assessore alla Salute e nella nota 43366/04 della Direzione Regionale SSR con la quale è stato trasmesso il "Manuale tecnico per la registrazione delle Informazioni relative alla somministrazione diretta dei farmaci (flusso F)". Per la registrazione dei farmaci somministrati durante il PAC bisogna attenersi anche alle seguenti indicazioni.

Campo "presidio erogatore": *1xxxxy13* (dove xxx=codice SIO dell'ospedale che effettua il PAC; yy=stabilimento ospedaliero)

Campo "soggetto prescrittore": *stessa informazione del campo presidio erogatore seguita da otto spazi bianchi.*

Data erogazione del farmaco: *data chiusura PAC*

Quantità farmaco: *il numero di unità (ad esempio fiale) somministrate durante l'intero PAC. Non va mai riportato il numero di confezioni del farmaco.*

Importo totale: *costo realmente sostenuto dall'azienda per l'acquisto delle unità di farmaco somministrate durante il PAC (comprensivo di IVA).*



TABELLA G – MODALITA' DI REGISTRAZIONE AL SIAS DEI PAC

**Pacchetto per il follow-up del bambino altamente pretermine
(Cod. P7650A - P7650B1 - P7650B2 - P7650C - P7650D - P7650E - P7650F -
P7650G)**

Erogabili esclusivamente dalle Unità di Terapia Intensiva Neonatale o Servizi di Follow-up pubblici ed equiparati

Pacchetto P7650A - entro 10-20 giorni dalla dimissione dall'ospedale

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore =1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650A)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE)** non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 100,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 95.02, 88.71.1, 90.B2.4 , P7650A)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 100,00 € per la prestazione P7650A
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata



Pacchetto P7650B1 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DEL SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650B1)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 130,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, 90.62.2, 90.74.5, 90.11.4, 90.23.5, 90.24.5, 89.15.8, P7650B1)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 130,00 € per la prestazione P7650B1
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta
Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata



Pacchetto P7650B2 - controllo a 3 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650B2)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE)** non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 97,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, 90.62.2, 90.74.5, 90.11.4, 90.23.5, 90.24.5, 20.39.1, P7650B2)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 97,00 € per la prestazione P7650B2
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata

Pacchetto P7650C - controllo a 6 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;



– il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.

- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650C)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perchè in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 67,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, P7650C)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 67,00 € per la prestazione P7650C inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta
Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata



Pacchetto P7650D - controllo a 9 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650D)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 67,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.01, P7650D)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 67,00 € per la prestazione P7650D
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata



Pacchetto P7650E - controllo a 12 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650E)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 150,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i **CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO** (89.7, 89.07, 95.02, 95.15, P7650E)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 150,00 € per la prestazione P7650E
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata



Pacchetto P7650F - controllo a 18 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P7650F)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 90,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i **CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO** (89.7, 89.01, 95.47, P7650F)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 90,00 € per la prestazione P7650F
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata



Pacchetto P7650G - controllo a 24 mesi di età (corretta per l'età gestazionale)

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire Il Codice Pacchetto (P7650G)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire Il codice 99
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE (ex PATOLOGIA DI ESENZIONE)** non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire l'importo 150,00 €.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire tutti i CODICI INCLUSI NEL PACCHETTO (89.7, 89.07, 95.02, 95.15, P7650G)
- Per tutti i codici inserire nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** la quantità di 1 prestazione per singolo codice
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 150,00 € per la prestazione P7650G
inserire 0,00 € per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nella stessa giornata



PAC diagnostico di anemia (Cod. P2859)

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e provvisoriamente accreditate per almeno una delle discipline di riferimento del PAC - Ematologia, Medicina generale, Gastroenterologia, Oncologia, Nefrologia

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - Il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P2859)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire uno fra i codici (00, 58, 64, 29)
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire almeno 5 prestazioni tra quelle **INCLUSE NEL PACCHETTO** (le analisi cliniche vengono conteggiate come una singola prestazione, indipendentemente dal loro numero)
(prestazioni: 89.01, 88.75.1, 89.26, 45.16, 45.23, 45.25, 88.74.1, 91.47.5, 41.31, 87.44.1, analisi cliniche: 91.49.2, 90.63.3, 90.82.2, 90.63.4, 90.74.5, 90.22.3, 90.16.3, 90.82.5, 90.38.4, 90.44.3, 90.23.2, 90.13.5, 90.42.1, 90.10.5, 90.29.2, 90.49.3, 90.58.2, 90.09.1, 90.42.5, 90.22.5, 90.47.3, 90.52.4, 90.48.3)
Le prestazioni 45.23 e 45.25 sono alternative tra di loro.
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: P2859
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire
 - 1 per le prestazioni 89.01, 88.75.1, 89.26, 45.16, 45.23, 45.25, 88.74.1, 91.47.5, 41.31, 87.44.1 e P2859
 - la quantità erogata per le analisi cliniche



- Nel Campo **IMPORTO** inserire 25,00 € per la prestazione P2859
inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte
le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese



PAC diagnostico di ipertensione (Cod. P401)

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e accreditate per almeno una delle discipline di riferimento del PAC - Medicina generale, Cardiologia, Nefrologia

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P401)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire uno fra i codici (08, 29)
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire almeno 5 prestazioni tra quelle **INCLUDE NEL PACCHETTO** (le analisi cliniche vengono conteggiate come una singola prestazione, indipendentemente dal loro numero)
(prestazioni: 89.01, 89.61.1, 89.52, 88.72.1, 88.74.1, 88.77.2, 88.77.2, 88.77.2, 95.02,
analisi cliniche: 91.49.2, 90.14.1, 90.14.3, 90.16.3, 90.27.1, 90.43.5, 90.62.2, 90.44.3, 90.37.4,
90.43.2, 90.72.3, 90.33.4, 90.39.1, 90.40.2, 90.05.3, 90.12.4, 90.15.3)
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: P401
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire
 - 1 per le prestazioni 89.01, 89.61.1, 89.52, 88.72.1, 88.74.1, 88.77.2, 88.77.2, 88.77.2, 95.02 e P401
 - la quantità erogata per le analisi cliniche
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 25,00 € per la prestazione P401
inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per la quantità, per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese



Pacchetto diagnostico per il nodulo tiroideo (Cod. P241)

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche, equiparate e accreditate per almeno una delle discipline di riferimento del PAC – Endocrinologia, Chirurgia generale, Medicina Generale

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire il Codice Pacchetto (P241)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire uno fra i codici (19, 03)
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esento)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** inserire almeno 3 prestazioni tra quelle **INCLUSE NEL PACCHETTO** (le analisi cliniche vengono conteggiate come una singola prestazione, indipendentemente dal loro numero)
(prestazioni: 88.71.4, 06.11.2, 89.01
analisi cliniche: 91.49.2, 90.62.2, 91.39.1, 90.42.1, 90.42.3, 90.43.3, 90.51.4, 90.54.4)
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: P241
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire
 - 1 per le prestazioni 88.71.4, 06.11.2, 89.01 e P241
 - la quantità erogata per le analisi cliniche
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 25,00 € per la prestazione P241
inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese



**Pacchetto terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci
(Cod. PV58)**

Erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate

NELLA RIGA RICETTA (RIGA 99):

- Nel Campo **TIPOLOGIA DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - 1 per MMG, PLS, guardia medica o guardia turistica
 - 2 per medico specialista dipendente di struttura pubblica
- Nel campo **CODICE DI SOGGETTO PRESCRITTORE** inserire:
 - il codice regionale, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=1;
 - il codice del prescrittore specialista di struttura pubblica assegnato dalla ASL di appartenenza, nel caso di Tipologia di Soggetto Prescrittore=2.
- Nel Campo **DETERMINANTE CLINICO** inserire il codice di diagnosi ICD-9-CM (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la condizione che ha richiesto il PAC
- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** Inserire il Codice Pacchetto (PV58)
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** inserire la branca di erogazione
- Nel Campo **TIPOLOGIA DI PAGAMENTO** inserire il codice 1 (Esente)
- Nel Campo **ESENZIONE** inserire il codice 9 (Altre Categorie)
- Il Campo **CODICE ESENZIONE** (ex **PATOLOGIA DI ESENZIONE**) non va valorizzato
- Nel Campo **TICKET** inserire 0,00 euro (perché in esenzione)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire la somma degli importi delle righe di prestazione.

NELLE RIGHE PRESTAZIONI:

- Nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** Inserire almeno 1 fra le prestazioni **INCLUSE NEL PACCHETTO** (99.14.1, 99.23, 99.24.1, 99.25, 99.06.1, 99.22)
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice del pacchetto: PV58
- Inserire nel Campo **CODICE PRESTAZIONE** il codice delle eventuali prestazioni di branca 00 (rese necessarie per esigenze di controllo e monitoraggio durante il ciclo terapeutico)
- Nel Campo **NUMERO DI PRESTAZIONI PER CODICE** inserire, per ciascun codice, la quantità erogata (il PAC deve comprendere un ciclo di terapia con almeno 5 somministrazioni)
- Nel Campo **IMPORTO** inserire 0,00 € per PV58 inserire gli importi del nomenclatore moltiplicati per le quantità, per tutte le altre prestazioni
- Nel Campo **BRANCA SPECIALISTICA** riportare il codice inserito nella riga ricetta

Tutte le prestazioni costituenti il PAC devono essere erogate nell'arco di un mese. Per i pazienti con malattie croniche che necessitano di terapie prolungate per periodi superiori al mese, il PAC può essere chiuso alla conclusione della terapia o, comunque, alla fine dell'anno solare. NB: il costo dei farmaci somministrati vanno rilevati nel file F e saranno compensati secondo le regole vigenti.





IL SISTEMA REGIONALE DEI CONTROLLI ESTERNI

Il Sistema regionale dei controlli esterni dell'attività ospedaliera, previsto e regolamentato dalla DGR 1178/03, costituisce parte integrante del sistema di finanziamento dell'attività ospedaliera e le sue attività devono essere orientate anche al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla presente delibera.

Per garantire il regolare funzionamento del Sistema regionale dei controlli esterni viene mantenuto per il triennio di riferimento della presente delibera il finanziamento all'Agenzia di Sanità Pubblica previsto dalla DGR 1178/03.

L'Agenzia di Sanità Pubblica nel definire e aggiornare gli eventi oggetto di controllo e le modalità tecniche di effettuazione dei controlli sull'attività dell'anno 2006, così come previsto dalla DGR 1178/03, dovrà tenere presenti le seguenti priorità:

- potenziare i controlli di appropriatezza, soprattutto nei confronti dell'attività di day hospital medico attraverso l'impiego del manuale PRUO DH;
- potenziare e sviluppare ulteriormente i controlli in riabilitazione, tenendo presente il maggior dettaglio informativo disponibile con la nuova scheda di dimissione ospedaliera introdotta in questo settore;
- valutare i possibili effetti derivanti dall'introduzione della versione 19 del sistema DRG;
- introdurre un'attività di controllo anche nei confronti della modalità organizzativa ambulatoriale Day Service.

A decorrere dall'anno 2006, si apportano le seguenti modifiche a quanto previsto e regolamentato dalla DGR 1178/03:

1. il programma di attività per l'anno 2006, redatto dall'ASP, sarà approvato con provvedimento della Direzione regionale Tutela della salute e SSR;
2. agli accessi di DH medico e di riabilitazione che vengono valutati come non appropriati, in seguito ai controlli di appropriatezza sull'attività di DH, non viene riconosciuta alcuna remunerazione.
3. l'esito dei controlli effettuati incide direttamente sul valore complessivo della produzione dell'anno 2006, prima della verifica del rispetto del budget da parte delle strutture erogatrici. Qualora l'esito di parte dei controlli fosse disponibile successivamente alla definizione della remunerazione dei singoli soggetti erogatori, quest'ultima sarà rideterminata comprendendo l'esito dei controlli;
4. Ciascuna ASL deve controllare ogni anno un campione di cartelle cliniche pari ad almeno il 3% dell'insieme dei dimessi dagli Istituti di propria competenza e deve eseguire i controlli su almeno l'1% dei dimessi da ogni Istituto. L'ASP, nello svolgere i previsti controlli presso l'Ospedale Bambino Gesù, li effettuerà su un campione di ricoveri compreso tra l'1 e il 3% in funzione dei risultati del monitoraggio degli indicatori sugli archivi informatici.

Si ritiene opportuno ribadire che le ASL sono i soggetti titolari dell'azione di controllo ed hanno il compito di organizzare la loro attività in maniera rispondente alla normativa regionale in materia e di effettuare i controlli analitici presso le strutture di competenza, trasmettendo i dati al sistema informativo dei controlli nei tempi e nei modi indicati dalla normativa regionale. Tutte le ASL hanno, pertanto, l'obbligo di dotare le strutture deputate alla funzione di controllo delle risorse (personale medico, personale amministrativo e risorse informatiche) sufficienti a perseguire, anche attraverso l'integrazione con i medici messi a disposizione dall'ASP, gli obiettivi previsti.





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 2006 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 2006 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, secondo i parametri e i criteri che saranno definiti dalla Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R.





ALLEGATO 7

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 "suscettibili" ad interventi di modifica delle pratiche assistenziali, e ai parti vaginali dopo pregresso cesareo.

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

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

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

Pertanto, si conferma per l'anno 2006 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".



DEL

PRESTAZIONI INCENTIVATE

Prestazioni - Ricoveri (DRG o codici ICD9CM)	Descrizione	Regime di ricovero	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		5.165,00
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		5.165,00
ICD-9-CM 81.51- 81.52	Intervento per protesi d'anca	solo ordinario	Tutti i casi		411,00 822,00 (b)
ICD-9-CM 20.96- 20.98 + DRG 49	Impianto di protesi cocleare	solo ordinario	100	50 con incremento 10% anno 2005	18.075,00

- (1) L'incentivo di € 200 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. Gli altri incentivi sono erogati alle strutture:
- ✓ che effettuano più di 100 interventi nel 2006, ovvero
 - ✓ che effettuano più di 50 interventi nel 2006, a condizione che il volume sia incrementato almeno del 10% rispetto al 2005

L'incentivo è pari ad € 822,00 per i casi incrementali rispetto al 2005 e ad € 411,00 per gli altri casi.

La Direzione regionale tutela della salute e S.S.R. potrà individuare nel corso dell'anno ulteriori prestazioni da incentivare in relazione alle liste d'attesa e alla riduzione della mobilità passiva.





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 erogate ai residenti nelle strutture ospedaliere del Lazio è costituito un fondo unico regionale di 422 milioni di euro.

1. Riabilitazione post acuzie

1.1 Capacità produttiva massima

Per l'attività riabilitativa post-acuzie si rende necessario determinare - per il rispetto dei limiti di utilizzo dei letti ospedalieri - i tetti massimi di attività per ciascun soggetto erogatore in termini di giornate di degenza e accessi in DH, in base ai letti autorizzati e accreditati dalla Regione. Il numero massimo delle giornate di degenza e degli accessi in DH erogabili rappresenta la capacità produttiva della singola struttura a valere anche per i ricoveri dei pazienti residenti in altre Regioni.

Per le degenze ordinarie il massimo di giornate erogabili viene conteggiato per ciascun letto considerando il tasso massimo di occupazione annuo pari al 100% su 365 giorni l'anno; mentre per il DH - considerando un massimo di 2 presenze giornaliere sullo stesso 'posto letto equivalente' ed escludendo le domeniche e le festività riconosciute - il massimo delle giornate/accessi erogabili si ottiene moltiplicando il numero dei posti letto per 365 e per 1,7

Nell'allegata tabella A viene riportata la capacità produttiva massima in termini di giornate o accessi per singolo istituto in funzione dei letti autorizzati ed accreditati.

Il valore indicato nella tabella A (Capacità Produttiva Massima) rappresenta un vincolo sulle giornate erogabili nel corso dell'anno 2006.


Il nuovo flusso informativo sulla riabilitazione, introdotto con la DGR 731/05, consente di disporre, a fine anno, del valore delle giornate di degenza erogate nell'anno sia delle dimissioni, che dei ricoveri ordinari non ancora conclusi. Ciò consentirà di confrontare il limite massimo di capacità produttiva riportato nella tabella A con le giornate effettivamente erogate nel corso dell'anno.

Se le giornate a carico delle dimissioni, dopo aver sottratto le giornate dei ricoveri ancora in corso che saranno remunerate nell'anno successivo, superano la capacità produttiva massima per l'anno, le giornate eccedenti non saranno valorizzate. Alla remunerazione complessiva sarà aggiunto il valore relativo alle giornate erogate nel corso dell'anno precedente.

Dall'analisi dei dati di attività dell'anno 2005 è emerso - per alcuni soggetti erogatori - un incremento dell'attività in regime di day hospital non correlato ad una pari diminuzione dell'attività in ricovero ordinario, che ha portato ad un aumento complessivo delle giornate erogate rispetto alle giornate erogabili da ciascun soggetto erogatore.

A fronte di ciò, nelle more dell'attuazione della legge 4/2003 per quanto riguarda l'individuazione dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e della definizione di apposite linee guida sull'appropriatezza delle prestazioni e sui criteri di accesso ai diversi regimi assistenziali nell'attività di riabilitazione post-acuzie (ricovero ospedaliero, ordinario e day hospital, specialistica ambulatoriale), viene data la facoltà di consolidare, a richiesta - per accettazione - del singolo soggetto erogatore, quale limite massimo per l'anno 2006, le giornate di degenza erogate in regime di day hospital nell'anno 2005, con contestuale riduzione delle giornate di degenza erogabili sui posti letto di ricovero ordinario. Si dovranno di conseguenza ridurre, per ogni posto di day hospital attivato, le giornate di degenza erogabili su un posto letto di degenza ordinaria.





Qualora il valore della produzione per i residenti nel Lazio determinata a consuntivo, secondo le regole contenute nel presente documento e nell'ambito del tetto massimo di giornate di degenza come sopra definite, eccedesse il fondo di 422 milioni di euro, si farà fronte per il solo anno 2006 - in attesa della più puntuale definizione del sistema dell'offerta di riabilitazione - prelevando l'importo necessario dall'accantonamento previsto nel presente provvedimento.

1.2 Classificazione dei soggetti erogatori

In attesa dell'attuazione della suindicata legge 4/2003, vengono individuati i seguenti criteri per la classificazione - ai fini tariffari - dei soggetti erogatori di prestazioni di riabilitazione post acuzie, riferiti a requisiti che determinano una differenziazione nei costi di produzione, accertabili dalla documentazione relativa ai dati di attività e alla tipologia delle strutture in possesso della Regione:

- strutture che svolgono istituzionalmente attività di didattica o di ricerca;
- strutture ospedaliere a rilievo nazionale;
- strutture dotate di Unità spinale;
- strutture nelle quali le giornate di degenza dedicate alla riabilitazione afferente i gruppi di patologie sottoelencate sono > 50% del totale delle giornate di degenza;
- strutture con dotazione di posti letto >200.

Sulla base dei requisiti indicati vengono definite **due classi** di strutture pubbliche e private accreditate:

Classe A - le strutture che possiedono almeno uno dei requisiti indicati;

Classe B - le altre strutture.

Nella tabella **B** allegata è riportato l'elenco delle strutture suddivise nelle due classi.

1.3 Tariffe per i ricoveri ospedalieri in riabilitazione post acuzie

Le tariffe della riabilitazione ospedaliera sono le seguenti:

- per le strutture inserite nella classe A: 105% della tariffa regionale (ex DM 30.06.1997 incrementata del 3%);
- per le strutture inserite nella classe B: 100% della tariffa regionale.

Per le prestazioni di *riabilitazione in assistenza intensiva* (RAI) resta confermata la tariffa di 413,17 euro per giornata di degenza.

1.4 Criteri per la classificazione degli episodi di ricovero in RAI

Tali prestazioni sono erogate dalle strutture appositamente accreditate e i criteri per la classificazione del singolo episodio di ricovero sono i seguenti:

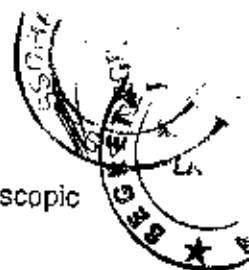
CRITERI DI INCLUSIONE

- Coma con Glasgow Coma Scale < 8 nella fase acuta (trauma cranico grave e coma di altra causa)
- Durata del coma di almeno 48 ore
- Ricovero in Rianimazione o Neurochirurgia per almeno 7 giorni

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI

Presenza di almeno 3 dei criteri seguenti:

- Provenienza diretta dalla Rianimazione o dalla Neurochirurgia
- Presenza di tracheostomia
- Presenza di stenosi tracheale, diagnosticata mediante esame fibroscopico
- Presenza di parenterale (accesso venoso centrale)



- Presenza di alimentazione enterale (sondino naso-gastrico o PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy))
- Diagnosi di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza
- Tetraplegia o tetraparesi
- Sindrome disautonomica vegetativa (sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, crisi ipertoniche, ipertermie recidivanti)
- Sindrome psico-organica grave (agitazione psicomotoria o inerzia grave o atteggiamento oppositivo o mutismo e/o assenza totale di collaborazione)
- Sindrome da prolungato allettamento (ulcere da decubito, anchilosi articolari, retrazioni capsulo-tendinee, ipotrofia muscolare diffusa, polineuropatia (critical illness polineuropathy))
- Spasticità invincibile resistente ai comuni trattamenti anti-spastici
- Dipendenza totale per l'alimentazione, la cura, l'igiene personale e il controllo degli sfinteri (incontinenza urinaria e fecale)

L'ASP provvederà a definire, in collaborazione anche con i soggetti erogatori, i criteri operativi per l'individuazione dei casi ai fini della classificazione degli episodi di ricovero in RA1 e in altre tipologie di riabilitazione per le quali se ne rilevasse la necessità.

1.5 Riduzioni della tariffa ed incentivi

La nuova scheda RAD-R, introdotta obbligatoriamente per tutte le strutture e tutti i ricoveri in riabilitazione dall'ottobre 2005, prevede la rilevazione delle modalità di accesso in riabilitazione (primo ricovero o successivi) e i tempi trascorsi dall'evento acuto (con o senza ricovero). In base a questi dati è possibile nel 2006 distinguere al momento dell'ingresso in riabilitazione la distanza in giorni dall'evento acuto (che ha portato o meno al ricovero). Questa informazione potrà essere comunque verificata mediante linkage con l'archivio dei ricoveri per acuti.

Conseguentemente si possono porre le basi per un sistema di incentivazione e penalizzazione dei comportamenti delle strutture erogatrici, finalizzato al miglioramento dell'esito del trattamento riabilitativo.


Primo tra questi è la tempestività del ricovero in riabilitazione dopo l'evento acuto. Infatti nell'assistenza ospedaliera di riabilitazione post acuzie deve essere considerato marginale l'intervento riabilitativo senza alcun riferimento ad un evento acuto e incentivato l'intervento effettuato a breve distanza dall'evento (15 o 30 giorni).

Pertanto, nell'anno 2006, verranno applicate le seguenti riduzioni sulla remunerazione dei singoli episodi di ricovero:

- a) 3% per primi ricoveri in riabilitazione dopo un ricovero per acuti, avvenuti dopo il 30° giorno dall'evento indice (data di ricovero in acuzie);
- b) 5% per primi ricoveri in riabilitazione dopo un ricovero per acuti, avvenuti dopo il 60° giorno dall'evento indice (data di ricovero in acuzie);

Alle 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.

Sarà riconosciuto un incentivo pari al 5% del valore della produzione alle strutture inserite nella classe B con la degenza media dei ricoveri di riabilitazione ordinaria, rilevata a consuntivo, non superiore a 25 giorni.



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

Inoltre la Direzione regionale, in collaborazione con l'ASP, valuterà la possibilità di introdurre a breve, , per gli stessi ricoveri, attraverso le informazioni contenute nella scheda RAD-R, delle forme di riduzione della remunerazione - riferite agli esiti dell'attività riabilitativa - dei primi episodi di ricovero.

Dagli abbattimenti 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:

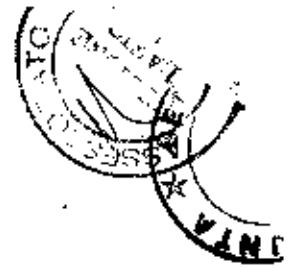
96.72 Ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più

96.83 Ventilazione meccanica non invasiva per 96 ore consecutive o più

Le prestazioni riferite alle patologie sopraindicate possono essere erogate anche sui posti letto dei reparti di lungodegenza medica ubicati nelle strutture erogatrici sottoindicate, nell'ambito delle giornate di degenza da ciascuna erogate nell'anno 2005 e documentate all'ASP.

Case di cura di riabilitazione e lungodegenza intensiva			
VT	013	Centro Riabilitazione e Assistenza	Nepi
VT	015	Villa Immacolata	Viterbo
RMH	082	Villa delle Querce	Nemi
RMH	131	Villa dei Pini	Anzio
RME	179	Angelle del Buon Pastore	Roma
RMG	186	Nomentana Hospital	Mentana
RMH	196	San Raffaele di Velletri	Velletri
FR	277	San Raffaele Cassino	Cassino

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



2. Lungodegenza medica

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 dalla dimissione per evento acuto documentata attraverso il SIO;
- 70% della tariffa suindicata per gli altri casi.

Al 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.

Solo nei casi eccezionali in cui il paziente sia dimissibile per condizioni cliniche ma si valuti necessario il trasferimento diretto in una struttura residenziale territoriale - al momento non disponibile - le giornate di degenza presso la struttura di lungodegenza medica post acuzie oltre i 60 giorni potranno essere remunerate alla tariffa 103% della tariffa ex DM 30.06.1997 per compensare le difficoltà organizzative che la struttura potrebbe incontrare per effetto del mancato turn over dei pazienti connesso alle loro condizioni cliniche.

TABELLA A

Strutture di riabilitazione post-acuzie e neuroriabilitazione (cod. 56 e 75)					Posti Letto 2005		Giornate erogabili	
Azienda	Codice	Nome	Tipologia	Ord.	D.H.	Ord.	D.H.	
101	RmA	120087	Policlinico Italia	Accreditato	90	30	32.850	18.615
101	RmA	120148	San Raffaele Nomentana	Accreditato	77*	7	28.105	4.344
102	RmB	120104	Villa Fulvia	Accreditato	200	42	73.000	26.061
103	RmC	120068	Centro Traumatologico Ortopedico	Presidio Ospedaliero	36	2	13.140	1.241
103	RmC	120089	Nuova Clinica Latina	Accreditato	19	2	6.935	1.241
103	RmC	120135	Mater Misericordiae	Accreditato	47	-	17.155	-
104	RmD	120065	Centro Paraplegici Ostia	Presidio Ospedaliero	24	2	8.760	1.241
104	RmD	120103	P.O.I. Portuense	Presidio Ospedaliero	54	2	19.710	1.241
104	RmD	120130	Villa Sandra	Accreditato	200	30	73.000	18.615
104	RmD	120138	San Giovanni Battista (anche RAI)	Classificato	228	12	83.220	7.446
104	RmD	120168	San Raffaele Portuense	Accreditato	88	10	31.390	6.205
105	RmE	120026	P.O. Santo Spirito	Presidio Ospedaliero	45	-	15.425	-
105	RmE	120116	Santa Famiglia	Accreditato	22	2	8.030	1.241
105	RmE	120126	San Giuseppe (anche RAI)	Accreditato	20	-	7.300	-
105	RmE	120146	Santa Rita da Cascia	Accreditato	45	-	16.425	-
105	RmE	120179	Ancelle del Buon Pastore	Accreditato	75	-	27.375	-
105	RmE	120180	Aurelia Hospital	Accreditato	61	9	29.565	5.585
105	RmE	120328	Don Gnocchi	Accreditato	30	-	10.950	-
107	RmG	120088	Medicus Hotel Monteripoli	Accreditato	90	10	32.850	6.205
107	RmG	120188	Nomentana Hospital	Accreditato	169	-	61.685	-
107	RmG	120199	Villa Dante	Accreditato	54	-	19.710	-
107	RmG	120273	Villa Luana	Accreditato	37	-	13.505	-
108	RmH	120036	Villa Albani	Presidio Ospedaliero	66	20	24.090	12.410
108	RmH	120055	Lulgi Spolverini	Presidio Ospedaliero	37	30	13.505	18.615
108	RmH	120082	Villa delle Querce	Accreditato	151	-	55.115	-
108	RmH	120131	Villa dei Pini	Accreditato	49	5	17.885	3.103
108	RmH	120176	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Accreditato	93	7	33.945	4.344
108	RmH	120196	San Raffaele di Velletri	Accreditato	225	30	82.125	18.615
109	Viterbo	120013	Centro Riabilitazione e Assistenza Nepi	Accreditato	30	10	10.950	6.205
109	Viterbo	120015	Villa Immacolata	Accreditato	167	-	57.305	-
110	Rieti	120019	San Camillo de Lellis	Presidio Ospedaliero	-	2	-	1.241
111	Latina	120200	P.O. Latina Nord	Presidio Ospedaliero	-	2	-	1.241
111	Latina	120212	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Accreditato	185	5	67.525	3.103
111	Latina	120214	Istituto Fisioterapico Clara Franceschini	Accreditato	96	-	35.040	-
111	Latina	120276	Villa Silvana	Accreditato	40	5	14.600	3.103
112	Frosinone	120222	Presidio Sanitario Ceprano	Presidio Ospedaliero	12	-	4.380	-
112	Frosinone	120223	Presidio Sanitario Ferentino	Presidio Ospedaliero	12	-	4.380	-
112	Frosinone	120277	S. Raffaele Cassino	Accreditato	120	40	43.800	24.820
112	Frosinone	120279	INI Città Bianca	Accreditato	113	-	41.245	-
901	901	120901	San Camillo - Forlanini	Azienda Ospedaliera	50	6	18.250	3.723
902	902	120902	San Giovanni	Azienda Ospedaliera	59	4	21.535	2.482
903	903	120903	San Filippo Neri	Azienda Ospedaliera	46	5	16.790	3.103
904	904	120904	Bambino Gesù	IRCSS	21	9	7.695	5.585
905	905	120905	Policlinico A. Gemelli	Policlinico Universitario	46	-	16.790	-
906	906	120906	Policlinico Umberto I	Policlinico Universitario	50	-	18.250	-
909	909	120909	Fondazione Santa Lucia (Neuroriab. 75)	IRCSS	296	24	108.040	14.892
910	910	120910	San Raffaele Pisana	IRCSS	252	30	91.980	18.615
915	915	120915	Campus Biomedico	Policlinico Universitario	20	-	7.300	-
920	920	120920	Tor Vergata	Policlinico Universitario	-	8	-	4.964
TOTALE					3.878	402	1.443.575	249.441

Eventuali errori e/o omissioni nei posti letto accreditati saranno rettificati su segnalazione delle strutture erogatrici

* Di cui 9 occupati da pazienti di lungodegenza residuale;

TABELLA B

Classificazione ospedali di riabilitazione post acuzie



Classe A	
ISTITUTO	COMUNE
1 103 058 Centro Traumatologico Ortopedico	Roma
1 104 065 Centro Paraplegici Ostia	Roma
1 108 036 Villa Albani	Anzio
2 901 901 San Camillo - Forlanini	Roma
2 902 902 San Giovanni - Addolorata	Roma
2 903 903 San Filippo Neri	Roma
3 905 905 Policlinico Gemelli	Roma
3 906 906 Policlinico Umberto I	Roma
3 915 915 Campus Biomedico	Roma
4 904 904 Bambino Gesù	Roma
4 909 909 Fondazione Santa Lucia	Roma
4 910 910 San Raffaele Pisana	Roma
5 104 138 San Giovanni Battista	Roma
7 101 148 San Raffaele Nomentana	Roma
7 102 104 Villa Fulvia	Roma
7 104 130 Villa Sandra	Roma
7 104 168 San Raffaele Portuense	Roma
7 105 126 San Giuseppe	Roma
7 108 196 San Raffaele di Velletri	Velletri
7 111 214 Ist. Fisioterapico Clara Franceschini	Sabaudia
7 112 277 San Raffaele Cassino	Cassino

Classe B	
ISTITUTO	COMUNE
1 104 103 P.O.I. Portuense	Roma
1 105 026 P.O. Santo Spirito	Roma
1 108 055 Luigi Spolverini	Ariccia
1 112 222 Presidio Sanitario Ceprano	Ceprano
1 112 223 Presidio Sanitario Ferentino	Ferentino
7 101 087 Policlinico Italia	Roma
7 103 089 Nuova Clinica Latina	Roma
7 103 135 Mater Misericordiae	Roma
7 105 115 Santa Famiglia	Roma
7 105 146 Santa Rita da Cascia	Roma
7 105 179 Ancelle del Buon Pastore	Roma
7 105 180 Aurelia Hospital	Roma
7 105 328 Don Gnocchi	Roma
7 107 088 Medicus Hotel Monteripoli	Tivoli
7 107 186 Nomentana Hospital	Mentana
7 107 199 Villa Dante	Guidonia
7 107 273 Villa Luana	Pofi
7 108 082 Villa delle Querce	Nemi
7 108 131 Villa dei Pini	Anzio
7 108 176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata
7 109 013 Centro Riabilitazione e Assistenza Nepi	Nepi
7 109 015 Villa Immacolata	Viterbo
7 111 212 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina
7 111 278 Villa Silvana	Aprilia
7 112 279 INI Città Bianca	Veroli





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

Il fondo destinato al livello della specialistica ambulatoriale per l'anno 2006 è confermato in € 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 dalle 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 € 563.621.000,00 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 € 6.379.000,00 alla remunerazione (escluse le prestazioni di RMN) dei soggetti erogatori accreditati nell'anno 2005 - per i quali il budget sarà definito sulla base dei dati di attività del 1° trimestre 2006 - e di eventuali modificazioni di attività preventivamente definite con la Regione

Il fondo di € 563.621.000,00 viene ripartito in budget per singolo soggetto erogatore pubblico, equiparato al pubblico e privato provvisoriamente accreditato. I singoli budget sono determinati, sulla base dei dati della produzione 2005, stimata sui primi 9 mesi, con il seguente procedimento:

- per i soggetti erogatori che hanno rispettato il budget assegnato: il budget 2006 è pari al valore economico della produzione 2005 stimata;
- per i soggetti erogatori che non hanno rispettato il budget assegnato: il budget 2006 è pari al valore economico della produzione 2005 stimata, ridotta del 5,5% e comunque non inferiore al budget 2005.

Tale procedimento si è reso possibile per il solo anno 2006 per effetto dell'assorbimento nei singoli budget delle risorse destinate nel 2005 alla remunerazione del 5% delle prestazioni in esubero e di quota parte delle risorse destinate ai nuovi accreditamenti.

Per le prestazioni di RMN

- a. in attesa che ne sia regolamentato l'ambito anche in ordine all'appropriatezza erogativa, sulla base del documento tecnico di recente elaborato dalla apposita commissione di studio;





- b. considerato che la notevole differenziazione nel numero delle prestazioni erogate da parte di alcune strutture private provvisoriamente accreditate - rilevata sia all'interno dello stesso comparto che rispetto alle strutture del comparto pubblico ed equiparato - evidenzia la necessità di procedere ad una più equilibrata distribuzione dei volumi di attività e delle risorse destinate, il budget viene definito come segue:
- attribuzione alle singole strutture del valore economico corrispondente al numero medio di prestazioni erogate nel triennio 2003/2005;
 - attribuzione del valore economico corrispondente alla produzione media più alta rilevata negli altri soggetti, alle strutture con una produzione media del triennio non compatibile con le prestazioni e le risorse programmate dalla Regione.

Ai soggetti privati che erogano prestazioni di RMN, di recente accreditati, viene attribuito un budget pari al valore economico medio corrispondente a 7.500 prestazioni.

Di conseguenza la Regione per l'anno 2006 garantisce ai propri residenti, tramite il comparto privato provvisoriamente accreditato, 248.000 prestazioni di RMN, rispetto alle 233.000 dell'anno 2005, garantendo peraltro una migliore qualità diagnostica.

I budget definiti per singolo soggetto erogatore pubblico, equiparato al pubblico e privato accreditato rappresentano il valore economico delle prestazioni attese a carico del S.S.R.. L'attività erogata entro i tetti di spesa stabiliti sarà remunerata a tariffa nominale al netto del ticket, sulla base della rilevazione SIAS.

I soggetti erogatori sono tenuti a programmare la loro attività in modo da garantire la continuità assistenziale per l'intero arco dell'anno, in relazione alla domanda espressa con particolare riferimento al livello dell'urgenza.

Le ASL verificheranno, attraverso il Sistema Informativo e il fatturato, se i soggetti erogatori privati accreditati adempiono alla suindicata disposizione e ne daranno tempestiva comunicazione alla Regione che, se del caso, interverrà ponendo limiti alla produzione dei mesi successivi ed anche effettuando controlli specifici presso le strutture erogatrici.

La Regione, per i presidi ospedaliero pubblici ed equiparati al pubblico, effettuerà analoghe verifiche, anche in rapporto alle azioni definite in sede di concordamento.

Trasmissione dei dati al SIAS

Nell'ambito delle attività di finanziamento e controllo del Servizio sanitario regionale, vista l'esigenza prioritaria di migliorare il monitoraggio della spesa relativa al livello di assistenza specialistica ambulatoriale ed al fine di permettere alla Regione, alle ASL e a ciascun soggetto erogatore, di verificare la corrispondenza tra le fatturazioni mensili ed i dati analitici di attività trasmessi, viene avviata, a far data dal 1° gennaio 2006, la trasmissione mensile dei dati relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate.

La Direzione regionale Tutela della Salute e S.S.R., avvalendosi dell'ASP, provvederà alla definizione delle procedure e degli aspetti tecnici ed operativi inerenti le modificazioni al sistema attualmente vigente.

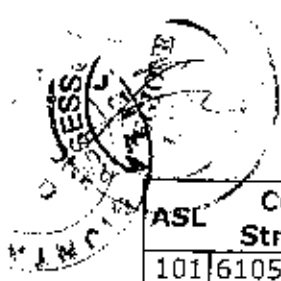
ALLEGATO 10 bis

Budget per singolo soggetto erogatore

ASL	Codice Struttura	TRAP	Totale Budget Strutture 2006
101	Totale ASL	1	8.484.260,86
102	Totale ASL	1	24.721.838,40
103	Totale ASL	1	10.903.355,80
104	Totale ASL	1	10.073.670,32
105	Totale ASL	1	14.600.949,06
106	Totale ASL	1	3.447.095,38
107	Totale ASL	1	11.693.260,55
108	Totale ASL	1	17.426.158,15
109	Totale ASL	1	16.557.490,44
110	Totale ASL	1	8.489.323,85
111	Totale ASL	1	11.688.336,42
112	Totale ASL	1	18.835.231,53
Totale ASL		1	156.920.970,76
101	600601	3	9.180.904,31
103	022200	3	4.800.395,82
104	100200	3	6.588.241,89
105	003500	3	3.727.314,15
105	004100	3	3.886.870,18
105	302000	3	1.190.662,99
108	642120	3	4.387.691,64
102	603700	9	1.503.463,92
103	011200	9	1.051.437,50
103	013500	9	244.879,56
103	021300	9	185.111,51
103	022400	9	232.975,00
104	100100	9	1.536.046,31
105	002300	9	469.295,80
109	018300	9	482.548,12
111	111830	9	1.215.289,88
Totale		3/9	40.683.128,59
908	110201	4	1.795.309,95
908	310201	4	15.024.682,24
912	006600	4	788.221,92
918	002901	4	3.751.615,83
906	120023	5	25.094.860,97
920	120920	5	22.999.090,01
901	002401	6	13.275.820,39
902	000101	6	8.833.169,77
903	903001	6	5.265.896,79
903	903002	6	127.474,73
903	903003	6	1.266.602,27
903	903004	6	280.329,61
903	903005	6	819.851,01
919	120919	6	7.543.218,86
910	120910	7	3.015.790,26
909	013600	7	1.891.374,94
911	301400	7	4.370.763,15




911	401700	7	818.984,80	
905	120067	8	13.817.417,14	
905	120164	8	2.569.637,41	
915	091511	8	1.833.867,76	
904	600501	10	6.546.579,27	
Totale Aziendalizzati		4/10	141.730.559,06	
ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
101	032601	2	61.860,55	61.860,55
101	096504	2	66.827,02	66.827,02
101	096604	2	27.356,94	25.852,31
101	096803	2	32.475,15	32.475,15
101	271603	2	43.859,39	43.859,39
101	600101	2	86.642,97	84.856,52
101	600301	2	1.024.302,52	967.965,89
101	600701	2	38.088,09	38.088,09
101	601401	2	393.011,89	391.203,32
101	601701	2	219.568,65	207.492,37
101	602101	2	72.582,70	68.590,65
101	602501	2	31.283,79	31.283,79
101	602701	2	30.965,02	30.965,02
101	602901	2	64.669,90	64.669,90
101	603101	2	71.940,14	67.983,44
101	603201	2	383.374,16	362.288,58
101	603301	2	258.031,15	246.152,42
101	603401	2	1.568.353,48	1.482.094,04
101	603501	2	170.827,63	161.432,11
101	603801	2	73.924,58	70.867,64
101	604402	2	201.931,51	190.825,28
101	604602	2	589.538,36	587.169,15
101	604802	2	281.720,62	266.225,98
101	605002	2	48.524,51	48.524,51
101	605102	2	59.672,59	59.672,59
101	605202	2	399.686,89	377.704,11
101	605302	2	56.806,56	56.806,56
101	605502	2	308.742,13	291.761,31
101	606102	2	214.273,75	214.273,75
101	606202	2	150.021,69	141.770,50
101	607002	2	100.883,35	100.883,35
101	607302	2	1.727.793,64	1.727.793,64
101	607402	2	70.579,69	70.579,69
101	607703	2	40.340,13	40.340,13
101	607903	2	577.648,01	577.648,01
101	608003	2	2.728,01	2.728,01
101	608304	2	9.669,52	9.669,52
101	608703	2	500.980,40	500.980,40
101	608803	2	104.397,41	104.397,41
101	608903	2	563.410,51	563.410,51
101	609003	2	407.028,31	407.028,31
101	609303	2	39.106,49	39.106,49
101	609903	2	408.058,45	408.058,45
101	610203	2	4.572,09	4.572,09



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
101	610504	2	1.139.438,64	1.076.769,51
101	610604	2	720.555,22	680.924,68
101	610704	2	146.965,21	138.882,13
101	611004	2	549.928,55	519.682,48
101	611104	2	225.108,95	225.108,95
101	611204	2	60.279,88	56.964,49
101	611304	2	586.631,90	586.631,90
101	611404	2	191.785,29	191.785,29
101	611504	2	188.549,00	184.972,68
101	611604	2	294.232,96	294.232,96
101	611704	2	310.092,78	310.092,78
101	611804	2	268.789,62	254.006,19
101	612004	2	220.316,03	220.316,03
101	612104	2	2.084.473,60	1.972.339,23
101	612204	2	122.522,92	122.522,92
101	612704	2	214.492,27	202.695,20
101	612904	2	249.828,06	249.828,06
101	613104	2	142.028,56	140.821,36
101	630103	2	1.304.436,50	1.301.584,01
101	643104	2	650.399,18	614.627,22
101	643202	2	267.889,59	253.155,66
101	643502	2	8.182,94	8.182,94
101	644001	2	72.035,45	72.035,45
101	644202	2	54.462,22	51.466,80
101	644302	2	190.472,37	190.472,37
101	645103	2	708.766,06	696.956,32
101	646502	2	301.737,08	301.737,08
101	646701	2	229.979,86	229.979,86
101	649102	2	75.705,20	75.705,20
101	650101	2	36.840,39	36.840,39
101	650202	2	289.429,65	289.429,65
101	652001	2	132.068,18	132.068,18
101	652102	2	66.621,46	66.621,46
101	652301	2	118.036,39	114.304,73
101	652404	2	776.304,59	761.054,31
101	653604	2	258.147,47	258.147,47
101	653704	2	160.848,18	152.001,53
101	654501	2	92.190,13	92.190,13
101	655502	2	39.325,91	39.325,91
101	656404	2	139.014,69	139.014,69
101	657202	2	57.498,05	57.498,05
101	657902	2	27.094,16	27.094,16
101	658603	2	243.237,35	229.859,30
101	659201	2	198.375,15	187.464,51
101	659702	2	213.926,75	213.926,75
101	660004	2	796.722,33	752.902,60
101	660201	2	252.842,49	252.842,49
101	660504	2	21.806,73	21.806,73
101	660604	2	2.585.695,60	2.443.482,34
101	662202	2	1.102.492,13	1.041.855,06
101	662502	2	4.347,14	4.347,14



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
101	663401	2	89.039,63	89.039,63
101	663604	2	59.357,83	59.357,83
101	663702	2	553.485,94	553.485,94
101	664304	2	246.399,41	246.399,41
101	666002	2	272.659,47	257.663,20
101	666104	-2	107.285,35	105.246,58
101	666402	2	39.134,40	36.982,01
101	666702	2	157.762,21	157.762,21
101	666803	2	121.930,77	121.930,77
101	667104	2	36.837,15	34.811,11
101	668102	2	327.843,37	320.442,49
101	668704	2	175.175,15	165.540,52
101	668802	2	77.602,94	73.334,78
101	669201	2	533.790,12	528.266,93
101	669401	2	113.149,32	106.926,10
101	669502	2	915.150,55	892.059,27
101	669602	2	433.554,61	409.709,11
101	669804	2	324.472,54	324.472,54
101	669904	2	60.757,55	60.757,55
101	700001	2	37.789,50	35.711,08
102	014800	2	37.798,02	35.719,13
102	037300	2	12.547,61	12.547,61
102	066300	2	65.688,33	62.075,47
102	069800	2	99.642,31	99.642,31
102	096000	2	43.659,58	43.659,58
102	203801	2	195.038,24	186.460,68
102	600800	2	103.980,03	98.261,13
102	601500	2	1.178.155,62	1.113.357,06
102	613200	2	798.314,41	783.669,60
102	613500	2	597.195,69	597.195,69
102	613600	2	222.137,75	209.920,17
102	613700	2	1.756.456,55	1.659.851,44
102	613800	2	303.789,66	303.789,66
102	614000	2	30.423,67	30.423,67
102	614100	2	129.316,15	122.203,76
102	614200	2	22.836,05	21.580,07
102	614400	2	521.860,57	513.987,32
102	616000	2	819.585,67	774.508,46
102	616100	2	305.785,76	288.967,54
102	616200	2	432.239,26	413.050,10
102	616300	2	1.095.409,24	1.035.161,74
102	616400	2	126.905,26	119.925,47
102	616500	2	188.115,98	188.115,98
102	616600	2	501.588,78	474.001,40
102	616700	2	392.457,48	392.457,48
102	616900	2	554.782,57	524.269,53
102	617000	2	216.856,24	205.880,24
102	617100	2	1.698.485,65	1.605.068,94
102	617200	2	100.699,06	100.699,06
102	617300	2	524.317,99	514.718,68
102	617400	2	40.569,94	40.569,94



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
102	617500	2	498.690,08	498.690,08
102	619600	2	217.133,06	217.133,06
102	619700	2	400.680,50	389.248,68
102	619800	2	76.491,06	72.284,05
102	620200	2	143.755,41	143.755,41
102	620300	2	632.907,60	632.907,60
102	620400	2	139.153,34	139.153,34
102	620600	2	28.761,96	27.180,05
102	639300	2	318.822,02	318.822,02
102	644500	2	170.232,21	160.869,44
102	645000	2	190.056,20	190.056,20
102	645600	2	228.949,41	216.357,19
102	645700	2	5.903.697,95	5.771.010,50
102	646000	2	106.959,47	101.475,98
102	646200	2	90.889,58	85.890,66
102	647500	2	714.826,43	675.510,97
102	648800	2	761.222,95	724.650,09
102	649200	2	931.724,27	880.479,43
102	650000	2	344.101,80	325.176,20
102	650300	2	203.237,54	195.150,74
102	650700	2	101.697,92	96.104,53
102	650800	2	197.024,05	197.024,05
102	650900	2	48.046,74	48.046,74
102	651000	2	114.840,88	114.840,88
102	651500	2	298.907,43	282.467,52
102	653000	2	200.911,06	200.911,06
102	655000	2	51.547,41	51.547,41
102	655200	2	144.933,11	144.933,11
102	655400	2	791.768,49	755.548,65
102	656500	2	188.222,03	188.222,03
102	656600	2	139.621,87	131.942,67
102	656700	2	41.468,97	41.468,97
102	657500	2	214.008,25	213.089,63
102	658000	2	301.423,69	301.423,69
102	658500	2	136.126,11	128.639,17
102	658700	2	18.248,88	18.248,88
102	659300	2	110.541,89	110.541,89
102	659400	2	34.618,06	34.618,06
102	659800	2	149.915,60	149.915,60
102	660100	2	36.599,64	36.599,64
102	660400	2	68.306,09	68.306,09
102	661200	2	130.502,45	130.502,45
102	663300	2	235.707,79	233.026,73
102	663500	2	71.633,26	67.693,43
102	663600	2	388.060,95	366.717,60
102	663900	2	77.884,52	77.884,52
102	665800	2	52.490,87	49.603,87
102	667500	2	74.844,39	74.844,39
102	667600	2	93.286,80	93.286,80
102	668000	2	30.904,96	30.904,96
102	669300	2	190.019,40	190.019,40




ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
102	669900	2	183.129,30	173.057,19
103	010000	2	134.091,15	134.091,15
103	010100	2	390.407,76	368.935,34
103	010200	2	49.017,34	46.321,38
103	010300	2	1.424.187,68	1.345.857,35
103	010400	2	56.349,05	56.349,05
103	010500	2	86.966,76	82.183,59
103	010600	2	71.182,23	71.182,23
103	010800	2	133.742,05	126.386,24
103	011000	2	334.372,99	315.982,48
103	011100	2	251.733,44	237.888,10
103	011400	2	95.707,53	91.526,76
103	012000	2	200.369,56	200.369,56
103	012100	2	11.200,79	11.200,79
103	012200	2	249.425,17	235.706,78
103	012300	2	199.057,15	194.014,96
103	012500	2	134.290,26	126.904,29
103	012700	2	688.559,38	688.559,38
103	013000	2	143.698,51	135.795,09
103	013400	2	49.650,28	49.650,28
103	013700	2	63.434,44	63.434,44
103	013800	2	458.308,14	458.308,14
103	014100	2	1.227.285,56	1.227.285,56
103	014400	2	303.562,50	286.866,56
103	014700	2	131.150,63	131.150,63
103	014800	2	171.190,25	171.190,25
103	015000	2	466.740,01	441.069,31
103	015100	2	101.349,88	95.775,64
103	015200	2	74.129,26	70.445,58
103	015300	2	212.613,31	212.613,31
103	015500	2	390.115,96	368.659,59
103	015800	2	503.015,56	475.349,71
103	015900	2	270.914,49	270.914,49
103	016000	2	2.907.506,61	2.907.506,61
103	016100	2	81.906,40	81.906,40
103	016300	2	28.760,54	27.178,71
103	016600	2	111.464,50	105.333,95
103	017000	2	668.283,12	631.527,55
103	017200	2	432.699,45	432.699,45
103	017300	2	1.020.292,27	1.020.292,27
103	017500	2	303.885,83	303.885,83
103	017800	2	92.047,68	86.985,06
103	017900	2	80.813,03	80.813,03
103	018000	2	24.848,88	24.848,88
103	018200	2	121.640,50	121.640,50
103	018300	2	457.801,29	443.533,89
103	018400	2	2.317.940,44	2.317.940,44
103	018700	2	207.872,99	207.872,99
103	018800	2	149.658,69	148.915,20
103	018900	2	25.892,83	25.892,83
103	019000	2	1.346.090,14	1.272.055,18



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
103	019100	2	271.974,73	271.974,73
103	019200	2	246.516,50	246.516,50
103	019300	2	567.463,84	567.463,84
103	019400	2	42.477,60	40.141,34
103	019500	2	1.791.574,59	1.693.037,98
103	019600	2	151.950,17	143.592,91
103	019700	2	715.734,28	702.878,42
103	019800	2	311.221,27	311.221,27
103	019900	2	84.201,90	79.570,79
103	020000	2	295.741,54	288.228,44
103	020200	2	67.167,04	67.167,04
103	020300	2	233.284,80	228.476,53
103	020400	2	360.841,03	340.994,78
103	020700	2	148.166,29	140.017,14
103	021200	2	33.854,36	33.854,36
103	021600	2	77.040,60	77.040,60
103	021700	2	80.105,76	75.699,94
103	021800	2	373.965,00	353.396,93
103	021900	2	5.800,87	5.800,87
103	022000	2	46.620,23	44.056,12
103	022300	2	6.186,61	5.846,34
103	022600	2	108.571,48	108.571,48
103	023000	2	1.170.619,44	1.106.235,37
103	023100	2	487.832,51	461.001,72
103	023200	2	8.853,60	8.366,65
103	023300	2	276.294,23	261.098,05
104	002500	2	326.376,66	326.376,66
104	010100	2	90.827,11	90.827,11
104	010101	2	19.834,00	19.834,00
104	010301	2	353.107,30	333.686,39
104	010401	2	407.334,24	384.930,85
104	010701	2	567.943,49	567.943,49
104	010801	2	620.321,26	604.410,28
104	010901	2	399.106,80	377.155,93
104	011101	2	40.824,23	40.824,23
104	011201	2	290.038,58	274.086,45
104	011301	2	46.082,83	46.082,83
104	011302	2	775.241,10	732.602,84
104	011303	2	282.799,03	267.245,09
104	011401	2	87.295,59	87.295,59
104	011501	2	418.303,07	399.183,17
104	011601	2	861.987,47	814.578,16
104	011701	2	809.133,27	809.133,27
104	011801	2	82.456,94	80.073,48
104	011901	2	593.230,17	560.602,51
104	012201	2	173.395,09	163.858,36
104	012301	2	307.551,43	290.636,10
104	012501	2	239.638,40	239.638,40
104	012604	2	419.793,58	396.704,94
104	012801	2	117.238,05	117.238,05
104	012802	2	457.522,11	432.358,39




ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
104	012901	2	125.482,76	125.482,76
104	013001	2	79.862,68	79.862,68
104	013401	2	140.587,55	132.855,24
104	040100	2	342.901,96	342.901,96
104	040200	2	185.183,69	174.998,59
104	100300	2	531.429,98	502.201,33
104	100400	2	116.257,15	109.863,01
104	100500	2	162.264,22	153.339,69
104	100501	2	263.535,82	249.041,35
104	100600	2	85.767,28	85.767,28
104	100700	2	363.661,07	363.661,07
104	130200	2	383.144,12	383.144,12
104	130300	2	250.034,81	250.034,81
104	130400	2	174.443,60	164.849,20
104	130500	2	171.510,09	171.510,09
104	130600	2	473.542,25	447.497,43
104	130800	2	529.101,04	529.101,04
104	160200	2	73.528,51	73.528,51
104	160300	2	110.751,34	104.660,01
104	160400	2	56.268,81	53.174,02
104	166600	2	273.325,15	273.325,15
104	300100	2	839.923,17	839.923,17
104	622500	2	11.470,61	11.470,61
104	627000	2	1.300.174,18	1.300.174,18
104	627100	2	509.553,89	509.553,89
104	627500	2	281.615,44	281.615,44
104	627600	2	612.539,29	578.849,63
104	627700	2	128.938,10	128.938,10
104	627800	2	221.885,24	209.681,55
104	628000	2	106.399,55	100.547,58
104	628100	2	88.701,61	88.701,61
104	628200	2	69.512,06	65.688,90
104	648600	2	108.822,19	102.836,97
104	667000	2	339.834,41	339.834,41
104	667800	2	181.072,82	171.113,81
105	000500	2	72.348,44	68.369,27
105	000600	2	17.896,45	16.912,14
105	001500	2	1.531.445,67	1.531.445,67
105	001700	2	247.234,88	233.636,97
105	001800	2	76.845,00	76.845,00
105	002500	2	157.974,84	149.286,23
105	002600	2	269.778,77	264.561,03
105	002700	2	15.992,93	15.992,93
105	002800	2	160.894,94	159.381,62
105	003000	2	274.237,62	259.154,55
105	003100	2	306.561,72	299.428,84
105	003400	2	243.278,62	229.898,29
105	003600	2	54.374,73	54.374,73
105	003700	2	76.971,57	76.971,57
105	003800	2	353.524,60	334.080,74
105	003900	2	178.504,97	172.852,75



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
105	004400	2	241.015,59	235.534,65
105	004500	2	247,19	247,19
105	004800	2	117.002,09	110.566,98
105	005500	2	476.145,68	449.957,67
105	005600	2	73.282,73	69.252,18
105	200100	2	44.729,29	44.729,29
105	200700	2	324.147,24	324.147,24
105	200900	2	1.670.952,88	1.670.952,88
105	201500	2	201.055,49	189.997,44
105	201800	2	1.627.562,69	1.627.562,69
105	202000	2	361.139,22	341.276,57
105	203300	2	231.286,17	218.565,43
105	203500	2	75.706,24	71.766,81
105	204100	2	104.963,64	104.825,57
105	204200	2	42.527,69	42.527,69
105	204900	2	34.535,18	34.535,18
105	205500	2	8.280,65	8.280,65
105	205600	2	3.958,64	3.740,91
105	301000	2	34.021,56	32.150,37
105	301100	2	125.863,71	125.863,71
105	301200	2	69.759,31	69.759,31
105	301300	2	22.703,47	21.454,78
105	301500	2	101.319,53	101.319,53
105	301900	2	171.806,11	171.806,11
105	302200	2	46.489,25	46.489,25
105	302400	2	182.242,07	182.242,07
105	303300	2	371.064,64	350.656,08
105	303400	2	95.810,46	90.540,89
105	303500	2	115.143,47	108.810,58
105	303600	2	974.836,54	974.836,54
105	303700	2	170.376,64	170.376,64
105	304300	2	160.727,12	160.727,12
105	305200	2	760.936,92	760.936,92
105	305300	2	10.752,61	10.752,61
105	305600	2	142.266,90	142.266,90
105	305800	2	345.738,19	326.722,59
105	306000	2	124.325,06	124.325,06
105	306100	2	297.129,47	280.787,35
105	306200	2	64.607,14	64.607,14
105	306300	2	81.551,84	81.551,84
105	306400	2	125.276,19	118.386,00
105	306500	2	182.302,52	172.275,88
105	631400	2	117.655,10	117.655,10
106	101100	2	179.599,51	173.992,02
106	101300	2	49.978,63	47.229,80
106	101400	2	885.217,24	885.217,24
106	101500	2	176.241,01	176.241,01
106	102300	2	246.442,67	246.442,67
106	108400	2	3.406.954,36	3.219.571,87
106	203100	2	726.844,99	719.084,71
106	203101	2	154.655,93	154.655,93




ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
106	303600	2	173.002,96	163.487,80
106	303700	2	64.679,48	64.679,48
106	304700	2	318.004,94	310.244,02
106	304800	2	203.715,52	192.511,17
106	405300	2	49.360,08	49.360,08
106	405301	2	234.499,08	221.601,63
106	408900	2	152.723,15	144.323,37
106	506600	2	141.484,60	133.702,95
106	506800	2	112.039,32	105.877,16
106	506900	2	95.840,63	95.840,63
106	506901	2	44.981,74	44.981,74
106	507000	2	298.211,31	286.211,34
106	507100	2	35.660,22	35.660,22
106	507200	2	344.451,28	338.157,68
106	507300	2	118.121,15	118.121,15
106	507400	2	19.230,27	19.230,27
106	507500	2	122.566,02	115.824,89
107	120199	2	1.474.771,92	1.393.659,46
107	240152	2	376.757,37	376.757,37
107	240153	2	316.855,11	299.428,08
107	240154	2	227.629,77	227.629,77
107	240251	2	1.212.404,52	1.212.404,52
107	240252	2	150.071,52	144.295,19
107	240253	2	472.563,60	446.572,61
107	250153	2	1.083.804,30	1.033.576,62
107	250154	2	186.977,37	176.693,61
107	250155	2	3.405.382,79	3.218.086,74
107	250156	2	520.875,52	492.227,36
107	250157	2	167.032,06	157.845,30
107	250451	2	186.958,74	180.786,08
107	260152	2	217.362,44	208.513,07
107	260153	2	81.698,14	77.204,74
107	260154	2	456.661,46	431.545,08
107	260155	2	955.604,59	903.046,34
107	260156	2	2.453.283,68	2.318.353,07
107	260157	2	187.557,09	177.241,45
107	261851	2	165.233,75	156.145,90
107	280851	2	327.025,09	309.038,71
107	300153	2	76.955,46	75.968,28
107	300154	2	1.233.320,67	1.165.488,03
108	060720	2	134.151,25	134.151,25
108	122110	2	19.878,09	19.878,09
108	626950	2	433.279,85	433.279,85
108	628690	2	551.552,42	521.217,03
108	640480	2	129.545,07	122.420,09
108	640550	2	359.470,51	339.699,63
108	640630	2	952.499,40	952.499,40
108	640890	2	285.328,48	281.489,13
108	641050	2	1.802.820,98	1.703.665,82
108	641130	2	51.592,51	48.754,92
108	641210	2	245.295,00	231.803,78



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
108	641390	2	127.317,12	120.314,67
108	641540	2	664.688,32	628.130,46
108	641620	2	505.262,53	505.262,53
108	641700	2	149.266,32	144.546,70
108	641960	2	228.408,51	215.846,04
108	642040	2	943.756,07	943.756,07
108	642200	2	516.955,64	488.523,08
108	642460	2	122.682,25	115.934,73
108	642530	2	515.659,60	487.298,33
108	642610	2	123.812,14	123.812,14
108	642790	2	933.271,90	933.271,90
108	642950	2	930.015,51	878.864,65
108	646910	2	155.586,09	147.028,86
108	652680	2	186.088,51	175.853,64
108	654170	2	326.565,92	308.604,79
108	662330	2	73.295,77	73.295,77
108	664150	2	210.720,26	210.720,26
108	665300	2	65.063,81	65.063,81
108	666390	2	779.620,28	779.620,28
108	668450	2	143.909,29	142.637,60
108	668600	2	69.335,61	69.335,61
109	001300	2	179.831,31	169.940,59
109	005200	2	153.324,81	144.891,94
109	018100	2	186.563,66	176.302,66
109	018200	2	157.882,44	149.198,91
109	018400	2	254.556,54	240.555,93
109	056100	2	15.699,04	15.699,04
109	056200	2	295.832,21	279.561,44
109	069100	2	111.897,60	111.897,60
109	069300	2	63.253,83	59.774,87
109	121100	2	303.880,68	287.167,24
109	121200	2	188.406,48	178.044,12
109	121400	2	197.482,71	197.482,71
109	142100	2	230.615,33	230.615,33
109	203000	2	165.743,81	159.461,41
109	280000	2	220.993,45	218.664,24
109	290000	2	225.942,52	225.942,52
109	518000	2	165.517,39	156.413,93
110	100101	2	456.055,28	430.972,24
110	100201	2	155.147,66	146.614,54
110	100401	2	110.670,82	110.670,82
110	100701	2	685.186,47	647.501,22
110	100901	2	84.877,82	84.877,82
110	101001	2	457.885,37	457.885,37
110	200101	2	225.982,36	213.553,33
110	201001	2	177.777,46	167.999,70
110	300601	2	101.278,52	101.278,52
110	300701	2	79.435,54	75.066,59
111	010810	2	579.152,88	579.152,88
111	010910	2	389.966,87	368.518,69
111	011010	2	170.918,19	170.918,19



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
111	011110	2	144.876,06	136.907,88
111	051020	2	276.420,99	261.217,84
111	071050	2	480.950,42	454.498,14
111	071150	2	298.912,93	298.912,93
111	081160	2	68.496,02	68.496,02
111	081360	2	59.380,90	59.380,90
111	081460	2	83.712,02	83.712,02
111	081560	2	354.595,83	339.541,59
111	081660	2	392.637,92	371.042,83
111	090460	2	10.619,43	10.619,43
111	090960	2	6.647,07	6.647,07
111	091060	2	72.657,86	72.657,86
111	111930	2	188.179,52	188.179,52
111	112130	2	730.712,33	690.523,16
111	112230	2	15.259,47	15.259,47
111	112330	2	367.092,55	346.902,46
111	112430	2	560.660,06	529.823,76
111	112530	2	453.767,98	453.767,98
111	112630	2	744.840,51	744.840,51
111	112830	2	273.231,89	258.204,14
111	112930	2	1.055.692,96	1.055.692,96
111	113030	2	121.681,70	121.681,70
111	113130	2	215.535,75	215.535,75
111	113330	2	282.260,06	266.735,75
111	113430	2	313.987,14	296.717,85
111	113530	2	275.824,36	260.654,02
111	114030	2	608.556,03	605.420,92
111	140560	2	363.824,87	363.824,87
111	140660	2	138.733,38	135.132,96
111	141060	2	30.104,35	30.104,35
111	170140	2	239.188,52	237.559,59
111	240140	2	106.603,22	100.740,04
111	250250	2	108.428,63	102.465,06
111	270230	2	244.302,49	230.865,85
111	280140	2	211.242,83	199.624,48
111	321350	2	589.771,25	589.771,25
111	321450	2	239.877,68	226.684,41
111	321550	2	188.032,05	185.300,23
111	321650	2	207.097,30	195.706,95
111	321750	2	13.588,00	12.840,66
111	321850	2	472.649,34	472.649,34
112	500409	2	350.519,88	350.519,88
112	501010	2	523.553,97	517.122,33
112	501107	2	527.445,41	498.435,91
112	501304	2	254.562,22	246.505,26
112	501407	2	74.474,96	70.378,84
112	501610	2	123.922,17	117.106,45
112	502101	2	192.370,41	192.370,41
112	502304	2	429.474,68	428.992,85
112	502407	2	255.566,27	255.566,27
112	502901	2	150.180,34	150.180,34



ASL	Codice Struttura	TRAP	Stima Anno 2005	Totale Budget Strutture 2006
112	503005	2	9.104,15	9.104,15
112	503310	2	151.973,68	151.973,68
112	503403	2	133.704,10	133.704,10
112	503610	2	155.075,40	155.075,40
112	504007	2	114.189,71	107.909,28
112	504303	2	213.740,51	208.175,64
112	504803	2	122.027,04	115.315,55
112	505403	2	382.554,24	382.554,24
112	505610	2	255.588,35	241.530,99
112	505910	2	246.584,06	234.184,74
112	506207	2	327.981,28	327.981,28
112	506309	2	68.965,23	68.965,23
112	506404	2	344.100,37	325.174,85
112	506605	2	348.852,50	337.436,26
112	506708	2	105.218,67	99.431,64
112	506809	2	65.865,98	62.243,35
106	209200	2	22.972,97	21.709,46
101	605602	2	8.836,55	8.428,60
102	654000	2	50.444,39	50.444,39
102	668900	2	906.818,49	906.818,49
104	200100	2	375.550,71	355.399,80
107	300910	2	273.144,07	258.121,14
112	504404	2	194.814,94	194.814,94
Totale Privati		2	189.263.724,81	183.536.242,66

ASL	Codice	Tetti 2005	Anno 2003 (RMN)			Anno 2004 (RMN)			Stima Anno 2005 (RMN)			Valore Medio	Volume Medio	BUDGET 2006 VOLUME	BUDGET 2006
			Volumi	Valori	Valori	Volumi	Valori	Valori	Volumi	Valori	Valori				
101	120079	2.481.541	14.279	2.392.400	2.663.472	15.663	2.663.472	17.060	2.855.112	2.636.995	15.667	2.636.995	15.667	2.636.995	
103	022300	1.242.246	7.437	1.193.032	1.604.538	10.102	1.604.538	10.747	1.759.027	1.518.866	9.429	1.518.866	9.429	1.518.866	
104	011302	1.861.367	11.638	1.820.610	2.230.699	13.925	2.230.699	17.044	2.785.329	2.278.879	14.202	2.278.879	14.202	2.278.879	
104	100300	480.528	2.763	458.267	535.588	3.210	535.588	3.470	579.188	524.348	3.148	524.348	3.148	524.348	
105	002500	2.336.621	14.373	2.262.718	3.395.726	21.806	3.395.726	22.909	3.543.050	3.067.165	19.696	3.067.165	15.667	2.636.995	
105	004400	1.172.124	7.238	1.138.869	1.393.246	8.764	1.393.246	9.754	1.549.365	1.360.493	8.585	1.360.493	8.585	1.360.493	
105	200900	5.919.553	36.349	5.752.703	7.901.684	50.306	7.901.684	48.929	7.774.583	7.142.990	45.195	7.142.990	15.667	2.636.995	
107	120273	1.407.671	8.619	1.362.965	1.474.583	9.236	1.474.583	10.565	1.691.198	1.509.582	9.473	1.509.582	9.473	1.509.582	
107	240251	1.980.089	11.529	1.903.366	2.764.108	16.841	2.764.108	18.053	2.972.303	2.546.592	15.474	2.546.592	15.474	2.546.592	
107	300905	1.794.950	10.326	1.719.904	2.459.277	14.749	2.459.277	15.829	2.659.140	2.279.440	13.635	2.279.440	13.635	2.279.440	
108	640630	1.063.206	6.026	1.005.551	1.021.231	6.111	1.021.231	5.938	1.017.511	1.014.764	6.025	1.014.764	6.025	1.014.764	
108	641050	1.416.091	7.946	1.356.999	1.667.191	9.712	1.667.191	12.236	2.113.647	1.712.612	9.965	1.712.612	9.965	1.712.612	
108	642790	1.971.443	11.996	1.904.062	2.462.018	15.412	2.462.018	19.066	3.074.859	2.480.313	15.491	2.480.313	15.491	2.480.313	
111	112430	916.726	5.753	924.074	862.295	5.366	862.295	5.240	870.871	885.747	5.453	885.747	5.453	885.747	
112	503610	732.427	4.864	744.229	732.699	4.812	732.699	6.669	988.966	821.965	5.448	821.965	5.448	821.965	
112	506903	1.788.835	9.770	1.699.002	1.670.741	9.779	1.670.741	10.362	1.777.241	1.715.661	9.970	1.715.661	9.970	1.715.661	
Totale complessivo		28.565.420	170.906	27.638.751	34.839.095	215.794	34.839.095	233.867	38.011.389	33.496.412	206.856	33.496.412	173.300	28.560.246	

Strutture private di nuovo accreditamento per RMN		
ASL	Codice	BUDGET 2006 VOLUMI
		Tetto 2006 (medio-7500 prestazioni)
101	660604	7.500
103	016000	7.500
103	017000	7.500
103	023000	7.500
104	011602	7.500
104	022001	7.500
106	109300	7.500
107	250157	7.500
111	011510	7.500
112	501010	7.500
Totale complessivo		75.000





ALLEG. alla DELIB. N. 143
DEL 22 MAR. 2006

ALLEGATO 11

RIABILITAZIONE ESTENSIVA E DI MANTENIMENTO

Dall'anno 2003, le strutture provvisoriamente accreditate nella regione Lazio per le attività di riabilitazione estensiva e di mantenimento notificano i dati al SIAR consentendo alla Regione di assolvere alle funzioni di:

1. monitoraggio dell'attività erogata ed analisi del volume delle prestazioni;
2. valutazione di tipo epidemiologico sulle caratteristiche dell'utenza e sui modelli di trattamento;
3. valutazione dell'utenza nella sua storia assistenziale riabilitativa;
4. supporto alla costruzione di indicatori (struttura, processo ed esito);
5. supporto alla attività di remunerazione delle prestazioni riabilitative (valorizzazione degli oneri dei singoli progetti riabilitativi);
6. monitoraggio dell'appropriatezza, della qualità e dell'efficacia degli interventi.

A decorrere dall'anno 2006 il SIAR viene integrato con la rilevazione dei progetti riabilitativi relativi ai pazienti in carico ai servizi di riabilitazione territoriale delle ASL che dovranno essere redatti secondo la normativa regionale. A tal fine le ASL prenderanno contatto con l'ASP per definire le modalità operative.

Dal Rapporto presentato dall'ASP sull'attività 2004 si evince che:

l'80,3 % dell'attività riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata è riferita al regime non residenziale, con impegno riabilitativo medio (41%) ed elevato (31%). Essa è rivolta per il 33,5% alla fascia di età 0-17 anni.

L'attività semiresidenziale e residenziale (20% del totale dell'attività riabilitativa estensiva e di mantenimento) è stata rivolta quasi esclusivamente agli adulti compresi nelle fasce di età 18-39 anni (semiresidenziale) e 18-54 (residenziale), questi ultimi soprattutto in modalità di mantenimento.

Nell'ottica di una sempre maggiore appropriatezza della presa in carico, la DGR n. 731/2005, ha recepito i criteri clinici di accesso per i trattamenti di tipo estensivo e di mantenimento in regime ambulatoriale, relativamente alle seguenti patologie:

- Ritardi Specifici dello Sviluppo
- Paralisi Cerebrale Infantile
- Scoliosi idiopatica in età evolutiva
- Patologie osteomuscolari in età adulta.

Nella definizione dei criteri clinici di accesso si sono introdotti i percorsi valutativi della fase diagnostica, definendo gli strumenti per la valutazione ed il numero di accessi necessari. Nel documento viene inoltre sottolineata l'opportunità che il paziente che arriva al Centro di riabilitazione con una valutazione diagnostica che risponde ai criteri stabiliti nella DRG (perché già effettuata da un'altra struttura pubblica o perché in lista di attesa), non debba ripetere il medesimo percorso valutativo.

Solo nel caso in cui il processo di valutazione non esiti nella presa in carico, gli accessi effettuati vengono remunerati con la tariffa di € 15,49 ad accesso. Al fine di monitorare tale attività, all'interno del Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa (SIAR) è previsto uno spazio per la raccolta di questa informazioni.





L'apposita Commissione tecnica proseguirà nell'approfondimento della problematica relativa all'appropriatezza dell'attività riabilitativa ambulatoriale e domiciliare estensiva e di mantenimento al fine di individuare i criteri clinici di accesso delle altre patologie, concludendo i propri lavori entro il 30 giugno 2006.

PREVISIONE DI SPESA ANNO 2006

Per l'anno 2006 la spesa complessiva per la remunerazione delle prestazioni di assistenza riabilitativa territoriale erogate dai soggetti erogatori privati accreditati è prevista in € 230.000.000, fatti salvi i provvedimenti relativi alla rideterminazione delle tariffe.

CONTROLLI

Le ASL sono i soggetti titolari della funzione di controllo dei soggetti erogatori che insistono sul loro territorio ed hanno il compito di organizzare tale attività.

Al fine di indirizzare ed omogeneizzare l'azione di controllo delle ASL, si ritiene necessario indicarne le linee generali:

- Attivazione presso ogni ASL di una o più Unità Clinica di Valutazione (UCV) composta con criteri multidisciplinari da personale professionalmente qualificato in servizio presso le strutture territoriali ed ospedaliere dell'Azienda;
- verifica dei progetti riabilitativi inviati dai centri di riabilitazione che insistono nel proprio territorio;
- Valutazione della documentazione clinica, da effettuare presso ogni Centro di riabilitazione che insiste nel territorio, su almeno il 10% dei progetti attivati in un trimestre.

I soggetti erogatori continueranno ad inviare il progetto riabilitativo anche alla ASL di residenza del paziente per la dovuta conoscenza in relazione alla necessità di garantire la continuità assistenziale.


Entro sessanta giorni dalla pubblicazione sul BURL del presente provvedimento, il Direttore Generale della ASL deve inviare alla Direzione Regionale Tutela della Salute e S.S.R. il protocollo operativo dell'attività di valutazione dei progetti nonché informazioni sull'Unità Clinica di Valutazione, utilizzando l'unità scheda.

Per l'anno 2006 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 in tabella.

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.

Abbattimento della tariffa per i progetti in regime ambulatoriale, appartenenti al gruppo diagnostico "Patologie Osteomuscolari del tessuto connettivo ed esiti di traumatismi" (* codici ICD9 CM: 710, 714, 715, 716, 717, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 732, 733, 737, 738, 756, 754, 755) con durata del progetto superiore ai valori riportati in tabella (i valori tengono conto della durata mediana osservata nei primi 10 mesi del 2005, per indice di Barthel, modalità di intervento e impegno).



In sede di rideterminazione delle tariffe si esaminerà la possibilità, in relazione ai dati di attività del 2005, di superare la mediana quale strumento di valutazione dell'appropriatezza dei progetti riabilitativi.

TABELLA

Indice di Barthel all'inizio del progetto	MODALITA' DI INTERVENTO	valore soglia di durata del trattamento per l'abbattimento tariffario
100 (autosufficiente)	Estensiva/mantenimento	51
91-99 (quasi autosufficiente)	Estensiva/mantenimento	52
75-90 (dipendenza lieve)	Estensiva	60
	Mantenimento	52
50-74(dipendenza moderata)	Estensiva	90*
	Mantenimento	75*
25-49 (dipendenza grave)	Estensiva	110*
	Mantenimento	85*
0-24 (dipendenza completa)	Estensiva	130*
	Mantenimento	100*

* incrementare la durata del 20% in caso di impegno elevato

UNITA' CLINICA VALUTAZIONE (UCV) PROGETTI RIABILITATIVI

SCHEDA RACCOLTA DATI

(Compilare una scheda per ciascuna UCV)

ASL _____

UCV

affezisce al _____

Servizio _____

ubicata in _____ Via _____ n. _____

Responsabile

Cognome _____ Nome _____

Specialità _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Altre figure (indicare la specialità se trattasi di medico):

- Figura professionale _____ - in servizio presso _____

Ore settimanali dedicate alla valutazione dei progetti _____

- Figura professionale _____ - in servizio presso _____

Ore settimanali dedicate alla valutazione dei progetti _____

- Figura professionale _____ - in servizio presso _____

Ore settimanali dedicate alla valutazione dei progetti _____

- Figura professionale _____ - in servizio presso _____

Ore settimanali dedicate alla valutazione dei progetti _____

- Figura professionale _____ - in servizio presso _____

Ore settimanali dedicate alla valutazione dei progetti _____

