

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 5 luglio 2017, n. U00255

Definizione criteri di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti di colecistectomia laparoscopica, tumore maligno al polmone, infarto miocardico acuto, parti cesarei primari.

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Oggetto: Definizione criteri di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti di colecistectomia laparoscopica, tumore maligno al polmone, infarto miocardico acuto, parti cesarei primari.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “*Nuovo Statuto della Regione Lazio*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la legge regionale 18 febbraio n. 6 e s. m. i.;
- Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i., con particolare riferimento all’art. 98;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la determinazione regionale G03680 del 13 aprile 2016;
- la determinazione regionale G04602 del 05 maggio 2016;

VISTI, per quanto riguarda il Piano di Rientro:

- l’articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: “*Approvazione del "Piano di Rientro.."*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio....Approvazione del "Piano di Rientro"*”;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 52 del 22/02/2017 avente ad oggetto “*Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale»*”;

VISTI, per quanto riguarda la disciplina di cui al D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”, ed in particolare:

- l’art. 8-*quater*, comma 2 che prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8-*quinqüies*;
- l’articolo 8-*quater*, comma 8 del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8-*quinqüies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario

nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale;

- l'art. 8-*quinquies*, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro:
 - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera d);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d),*omissis*....(art. 8-*quinquies*, comma 2, lettera e-*bis*);

CONSIDERATO, che la giurisprudenza amministrativa (*ex pluribus*, Cons. di Stato, sez. III, n. 1582/2014; Cons. di Stato, sez V, n. 5847/2008; TAR Lazio, Roma, sez. III, n. 1911/07, che richiama, tra l'altro, Cons. di Stato, sez. V, n. 499/2003) ha rappresentato come la fissazione dei tetti di spesa costituisca oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza regionale e rappresenti un preciso e ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica e che il provvedimento con il quale si fissa il tetto massimo per le prestazioni erogate da privati non viola il legittimo affidamento dei titolari delle strutture accreditate;

RILEVATO che la giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 ha precisato che: "...*omissis*... *Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni*";

RILEVATO altresì come la stessa sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria n. 3/2012 abbia rilevato come "...*omissis*... *ovvi principi di buona amministrazione rendono opportuna l'esplicazione sia pure provvisoria di scelte programmatiche all'inizio dell'anno. Si deve, al riguardo, convenire con l'indirizzo giurisprudenziale (Cons. di Stato, sez. V n. 1252/2011; sez. III n. 4551 e n. 6811 del 2011) che valuta favorevolmente l'adozione di determinazioni che, nell'esplicazione di una discrezionalità piena in quanto orientata verso le prestazioni future, stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti provvisori sulla*

base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore ed alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva”;

VISTO il DCA n. 332 del 13/07/2015 avente ad oggetto “*Definizione del livello massimo di finanziamento per l’anno 2015 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuzie e post-acuzie) con onere a carico del SSR – Rettifica e integrazione DCA n. 310/2013 – APA aggiuntivi*”;

CONSIDERATO che il su citato DCA n. 332 del 13/07/2015 prevede “*l’introduzione di una stadiazione tariffaria in funzione della tipologia di erogatore*” come segue:

1. 100% della tariffa per i DEA di II livello e i Policlinici Universitari;
2. 98% della tariffa per i DEA di I livello;
3. 96% della tariffa per tutte le altre strutture;

PRESO ATTO del DCA n. 419/2015: “*Adozione del documento tecnico inerente «Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio», a cura del Gruppo di Lavoro Regionale di supporto alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria per le attività previste nei Programmi Operativi 2013-2015 sulla Rete Oncologica, ai sensi del DCA n. U00247/2014*”;

PRESO ATTO del DCA n. 412/2014: “*Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto «Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: «Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio»*”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze n. 70 del 02/04/2015 avente ad oggetto “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*”;

CONSIDERATA la necessità di garantire l’erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate e che, in tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla conseguente valutazione degli esiti;

VISTO che per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

- Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica;

- Procedure chirurgiche: Colectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, Bypass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori Artoplastica ginocchio;
- Processi e percorsi diagnostico – terapeutici: TIN e Maternità; Infarto del miocardio;

CONSIDERATO che il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, di cui al D.M. Salute 2 aprile 2015, n. 70 suddetto, definisce le soglie minime di volumi di attività e le soglie di rischio di esito;

CONSIDERATO che la Regione Lazio ha avviato, nell’anno 2016, un monitoraggio dell’attività svolta per ciascuna struttura pubblica e privata sulla base dei seguenti volumi di attività e le soglie di rischio di esito:

Attività	Valori di riferimento
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI

Attività	Valori di riferimento
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con un numero < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con un numero > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall’accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di bypass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

CONSIDERATO che il DCA 332/2015 riporta che “*gli esiti del suddetto monitoraggio sui volumi di attività ed esiti delle cure e sugli indicatori di appropriatezza medica e chirurgica, svolto rispettivamente dal Dipartimento di Epidemiologia e dall’Area Sistemi informativi della Regione Lazio, saranno oggetto di valutazione in sede definizione dei budget 2016 e i criteri e le modalità con cui verranno declinati gli effetti sulla definizione dei budget 2016 saranno definiti in sede di pubblicazione dei valori degli indicatori di cui sopra*”;

CONSIDERATO che la Regione intende favorire i processi di concentrazione dell'offerta nonché l'implementazione della rete oncologica per il tumore al polmone e della rete cardiologica di cui al DCA n. 419/2015 e al DCA n. 412/2014 sopra richiamati;

CONSIDERATO che la Regione intende incrementare la sicurezza degli interventi svolti per colecistectomia laparoscopica e a tal proposito intende adottare le soglie di volume minimo di attività individuate nel DM n. 70/2015.

PRECISATO che gli interventi chirurgici di colecistectomia laparoscopica sono individuati selezionando i ricoveri, in regime ordinario o day surgery, con il codice ICD-9-CM di intervento in qualunque posizione 51.23 (fonte PNE);

STABILITO che per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017 la Regione Lazio intende applicare un abbattimento tariffario pari al 50% della tariffa per i ricoveri per intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica alle strutture che hanno fatto registrare un volume di attività inferiore al valore di riferimento, pari a 100 interventi annui (previsti nel report di monitoraggio "*Volumi di attività, esiti delle cure e appropriatezza delle prestazioni: strutture SSR della Regione Lazio*" - sopra descritto), fermo restando la soglia di tollerabilità del 10% (che porta il valore di riferimento da 100 a 90 interventi annui). La valutazione del rispetto del parametro viene fatta a consuntivo sull'anno di riferimento. La Regione Lazio ha comunque stabilito una soglia di tolleranza per cui è prevista la remunerazione dell'intera tariffa fino ad un massimo di dieci interventi annui per struttura, individuati dalla data di ammissione e dal numero progressivo di ricovero. Tra il 1 luglio 2017 ed il 31 dicembre 2017 il valore di riferimento sarà pari a 50, fermo restando una soglia di tollerabilità del 10% (che porta il valore di riferimento da 50 a 45 ricoveri annui per il 2017). Si precisa che nell'anno 2017, la Regione Lazio considererà i volumi erogati dall'intera struttura, mentre a partire dal 2018 potrà introdurre la valutazione della produzione di ogni singola Unità operativa, così come previsto nel DM n. 70/2015.

VISTO il DCA n. U00419/2015 sopra richiamato che prevede che: "*Il Centro di Riferimento è una struttura ospedaliera con posti letto di Chirurgia toracica e di Oncologia (DCA 412/2014), un numero di interventi per neoplasia polmonare pari a 150 per anno (20- 21) (in fase iniziale 100, con verifica della soglia di 150 nel 2016) ...omissis...*".. e che individua nell'ambito del nuovo assetto della rete oncologica per il tumore del polmone cinque centri di riferimento di seguito riportati:

- San Camillo;
- Policlinico Gemelli;
- Policlinico Umberto I;
- IFO;
- AOU Sant'Andrea;

PRECISATO che gli interventi chirurgici per tumore maligno al polmone sono individuati selezionando i ricoveri in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di tumore

maligno del polmone primitivo o secondario (ICD-9-CM 162.2, 162.3, 162.4, 162.5, 162.8, 162.9, 197.0) ed intervento principale o secondario di lobectomia o asportazione del polmone (ICD-9-CM 32.4, 32.5, 32.9, 32.6, 32.3, 32.29) (fonte PNE);

STABILITO che per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017, la Regione Lazio intende disporre il riconoscimento della remunerazione dei ricoveri per intervento chirurgico per tumore maligno al polmone alle sole strutture che sono individuate come Centri di Riferimento all'interno della rete oncologica per il tumore maligno al polmone (cfr. DCA 419/2015), sopra citati. Per le strutture non afferenti alle rete sopra citata è in corso di perfezionamento il rilascio del titolo di accreditamento di posti letto nella disciplina di chirurgia toracica, la Regione Lazio effettuerà la rimodulazione tariffaria ai ricoveri per intervento chirurgico per tumore maligno al polmone in base al valore dell'indicatore di volume di attività *“Intervento chirurgico per TM polmone”* come di seguito riportata:

Numero di interventi chirurgici per TM polmone	Abbattimento tariffario
Almeno 128 interventi annui (pari al valore soglia di 150 interventi con una tolleranza del 15%)	0%
Da 90 a 127 interventi annui	30%
Fino ad 89 interventi annui	100%

VISTO il DCA n. 412/2014 sopra richiamato che indica, tra l'altro, *“il nuovo assetto della rete di emergenza cardiologica”*;

PRECISATO che i ricoveri per IMA - Infarto Miocardico Acuto sono individuati selezionando i ricoveri in regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di infarto del miocardio acuto (410.xx) (fonte PNE);

STABILITO che per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017, la Regione Lazio intende disporre il riconoscimento e la relativa remunerazione dei ricoveri per Infarto Miocardico Acuto effettuati esclusivamente dalle strutture della rete cardiologica dotate di UTIC di seguito elencate:

Cod. Istituto	ASL	Istituto	Comune
120906	RM1	AU POLICLINICO UMBERTO I	Roma
120072	RM1	SG CALIBITA FATEBENEFRAPELLI	Roma
120165	RM2	POLICLINICO CASILINO	Roma
120267	RM2	SANDRO PERTINI	Roma
120920	RM2	AU PTV	Roma
120902	RM2	AO S.GIOVANNI-ADDOLORATA	Roma
120076	RM2	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma
120066	RM2	S. EUGENIO	Roma
120901	RM3	AO S. CAMILLO-FORLANINI	Roma
120061	RM3	G.B. GRASSI	Roma

Cod. Istituto	ASL	Istituto	Comune
120905	RM1	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	Roma
120919	RM1	AO SANT'ANDREA	Roma
120285	RM1	S. FILIPPO NERI	Roma
120026	RM1	SANTO SPIRITO	Roma
120180	RM1	AURELIA HOSPITAL	Roma
120071	RM1	SAN PIETRO FATEBENEFRAPELLI	Roma
120045	RM4	SAN PAOLO	Civitavecchia
120053	RM5	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli
120046	RM5	L. PARODI DELFINO	Colleferro
120043	RM6	OSP. ANZIO-NETTUNO	Anzio
120044	RM6	OSP. RIUNITI	Albano-Genzano
120047	RM6	S. SEBASTIANO	Frascati
120134	RM6	CDC SANT'ANNA	Pomezia
120271	VT	BELCOLLE	Viterbo
120019	RI	S. CAMILLO DE LELLIS	Rieti
120200	LT	S. MARIA GORETTI	Latina
120206	LT	DONO SVIZZERO	Formia
120216	FR	F. SPAZIANI	Frosinone
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino
120226	FR	SS TRINITÀ	Sora
120166	RM2	NUOVA ITOR	Roma
120915	RM2	CAMPUS BIOMEDICO	Roma
120173	RM2	EUROPEAN HOSPITAL	Roma
120171	RM2	CITTA' DI ROMA	Roma

I ricoveri per IMA - Infarto Miocardico Acuto effettuati dalle strutture non presenti nel precedente elenco saranno riconosciuti fino ad un limite massimo pari all'1% dei ricoveri ordinari per acuti effettuati da ciascuna struttura, individuati dalla data di ammissione e dal numero progressivo di ricovero. Si precisa che tra il 1 luglio 2017 al 31 dicembre 2017 il limite massimo sarà considerato pari all'1% dei ricoveri ordinari per acuti di ciascuna struttura individuati dalla data di ammissione che ricade nel medesimo intervallo temporale. A partire dalla data di pubblicazione del presente provvedimento la Regione Lazio potrà intervenire al fine apportare variazioni all'elenco di strutture sopra riportato.

CONSIDERATO che la Regione intende favorire il riallineamento agli standard nazionali dell'indicatore di parti cesarei primari distinti per livello del punto nascita così come previsto dal DM n. 70/2015

CONSIDERATO che il DM n. 70/2015 individua gli indicatori di rischio di esito "Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti" e "Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti", prevedendo per il primo indicatore un valore non superiore a 15% e per il secondo indicatore un valore non superiore a 25%

CONSIDERATO che la Regione Lazio intende promuovere l'appropriatezza nei criteri di ingresso nella Unità Perinatale così che il tasso di parti con taglio cesareo attesi nelle strutture di I livello sia inferiore a quello nelle UO di II livello

CONSIDERATO che l'indicatore "*Percentuale parti cesarei primari*" viene monitorato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nella Griglia LEA, dove si considera scostamento rilevante una percentuale di tagli cesarei primari superiore al 24%

PRECISATO che l'indicatore "*Proporzione di parti con taglio cesareo primario*" è determinato con la seguente formula (fonte PNE):

$$\frac{N. \text{ parti cesarei primari}}{N. \text{ parti con nessun pregresso cesareo}} * 100$$

La fonte informativa di riferimento è il Sistema Informativo Ospedaliero (S.I.O.).

- Criteri di eleggibilità: tutte le dimissioni delle donne che hanno partorito tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento (DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99).
- Criteri di esclusione:
 - tutte le dimissioni di donne non residenti in Italia;
 - tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni;
 - tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)]
 - tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO (codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria 654.2) nel ricovero per parto oppure, nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti, dalle SDO con DRG di parto cesareo (codici DRG: 370-371) oppure con diagnosi principale o secondaria di parto con taglio cesareo (codice ICD-9-CM: 654.2, 669.7), oppure con procedura principale o secondaria di taglio cesareo (codici ICD-9-CM: 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99), oppure con diagnosi principale o secondaria di nato con parto cesareo (V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01);
- Definizione dell'esito: l'esito è il parto cesareo, definito utilizzando l'informazione da SDO [DRG 370-371 o codici ICD-9-CM di diagnosi 669.7, o codici di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99] o codici ICD-9-CM di diagnosi: [V30.01, V31.01, V32.01, V33.01, V34.01, V36.01, V37.01, V39.01]. L'analisi è effettuata su base annuale.

STABILITO che per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017, la Regione Lazio effettuerà le seguenti rimodulazioni tariffarie ai ricoveri con parto cesareo primario,

da applicare alle strutture afferenti alla rete perinatale definita nel DCA n. 412/2014 e s.m.i., in base al valore dell'indicatore di rischio di esito "Proporzione di parti con taglio cesareo primario":

Punti nascita I livello	Punti nascita II livello	Abbattimento tariffario
Fino al 20%	Fino al 30%	0%
Dal 20% al 30%	Dal 30% al 40%	30%
Oltre il 30%	Oltre il 40%	40%

Si precisa che tra il 1 luglio 2017 ed il 31 dicembre 2017 l'abbattimento tariffario sarà calcolato tenuto conto della proporzione di parti cesarei primari registrata nel medesimo intervallo temporale.

I punti nascita di I e di II livello individuati dal DCA n. 412/2014 e s.m.i. sono i seguenti:

Cod. Istituto	ASL territoriale	Istituto	Comune	Livello
120906	RM1	POLICLINICO UMBERTO I	Roma	II
120072	RM1	SG CALIBITA FATEBENEFRAPELLI	Roma	II
120053	RM5	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli	I
120051	RM5	CONIUGI BERNARDINI	Palestrina	I
120216	FR	F. SPAZIANI	Frosinone	I
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino	I
120226	FR	SS TRINITÀ	Sora	I
120902	RM2	AO S.GIOVANNI-ADDOLORATA	Roma	II
120165	RM2	POLICLINICO CASILINO	Roma	II
120267	RM2	SANDRO PERTINI	Roma	I
120157	RM2	FABIA MATER	Roma	I
120076	RM2	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma	I
120044	RM6	OSP. RIUNITI	Albano-Genzano	I
120054	RM6	OSP. PAOLO COLOMBO	Velletri	I
120901	RM3	AO S. CAMILLO-FORLANINI	Roma	II
120066	RM2	S. EUGENIO	Roma	II
120061	RM3	G.B. GRASSI	Roma	I
120171	RM3	CITTA' DI ROMA	Roma	I
120043	RM6	OSP. ANZIO-NETTUNO	Anzio	I
120200	LT	S. MARIA GORETTI	Latina	I
120215	LT	CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA	Aprilia	I
12020402	LT	SAN GIOVANNI DI DIO	Fondi	I
120206	LT	DONO SVIZZERO	Formia	I
120905	RM1	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	Roma	II
120071	RM1	SAN PIETRO FBF	Roma	II

Cod. Istituto	ASL territoriale	Istituto	Comune	Livello
120285	RM1	S. FILIPPO NERI	Roma	I
120074	RM1	OSP. GEN. DI ZONA 'CRISTO RE'	Roma	I
120115	RM1	SANTA FAMIGLIA	Roma	I
120180	RM1	AURELIA HOSPITAL	Roma	I
120026	RM1	SANTO SPIRITO	Roma	I
120045	RM4	SAN PAOLO	Civitavecchia	I
120019	RI	S. CAMILLO DE LELLIS	Rieti	I
120271	VT	BELCOLLE	Viterbo	II
120904	RM1	BAMBINO GESU'	Roma	II

A partire dalla data di pubblicazione del presente provvedimento la Regione Lazio potrà intervenire al fine apportare variazioni all'elenco delle strutture sopra riportato, nonché al livello dei punti nascita all'interno della relativa rete.

VISTE le note prot. n. 279642 del 26/05/2016 e n. 553245 del 04/11/2016 con cui – ai sensi dell'art. 7, L. 241/90 s.m.i. – il Direttore Regionale ha comunicato l'avvio del procedimento per la *“Definizione criteri di remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti di colecistectomia laparoscopica, tumore maligno al polmone, infarto miocardico acuto, parti cesarei primari”*;

VISTE le note prot. n. 574419 e 574452 del 16/11/2016 e n. 195264 del 13/04/2017 dell'AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata, nonché le note prot. 59891 del 14/11/2016 dell'ASL RIETI e n. 142037 del 15/11/2016 dell'ASL RM2 con le quali viene fornito riscontro a quanto previsto nella su menzionata comunicazione di avvio del procedimento

VISTE le note prot. n. 184155 del 07/04/2017 e n. 223932 del 04/05/2017 con le quali l'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio ha riscontrato le osservazioni dell'AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata

DECRETA

- Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017 la Regione Lazio intende applicare un abbattimento tariffario pari al 50% della tariffa per i ricoveri per intervento chirurgico per colecistectomia laparoscopica alle strutture che hanno fatto registrare un volume di attività inferiore al valore di riferimento, pari a 100 interventi annui (previsti nel report di monitoraggio “Volumi di attività, esiti delle cure e appropriatezza delle prestazioni: strutture SSR della Regione Lazio” - sopra descritto), fermo restando la soglia di tollerabilità del 10% (che porta il valore di riferimento da 100 a 90 interventi annui). La valutazione del rispetto del parametro viene fatta a consuntivo sull'anno di riferimento. La Regione Lazio ha comunque stabilito una soglia di tolleranza per cui è

prevista la remunerazione dell'intera tariffa fino ad un massimo di dieci interventi annui per struttura, individuati dalla data di ammissione e dal numero progressivo di ricovero. Tra il 1 luglio 2017 ed il 31 dicembre 2017 il valore di riferimento sarà pari a 50, fermo restando una soglia di tollerabilità del 10% (che porta il valore di riferimento da 50 a 45 ricoveri annui per il 2017). Si precisa che nell'anno 2017, la Regione Lazio considererà i volumi erogati dall'intera struttura, mentre a partire dal 2018 potrà introdurre la valutazione della produzione di ogni singola Unità operativa, così come previsto nel DM n. 70/2015.

- per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017, la Regione Lazio intende disporre il riconoscimento della remunerazione dei ricoveri per intervento chirurgico per tumore maligno al polmone alle sole strutture che sono individuate come Centri di Riferimento all'interno della rete oncologica per il tumore maligno al polmone (cfr. DCA 419/2015), sopra citati. Per le strutture non afferenti alle rete sopra citata è in corso di perfezionamento il rilascio del titolo di accreditamento di posti letto nella disciplina di chirurgia toracica, la Regione Lazio effettuerà la rimodulazione tariffaria ai ricoveri per intervento chirurgico per tumore maligno al polmone in base al valore dell'indicatore di volume di attività "Intervento chirurgico per TM polmone" come di seguito riportata:

Numero di interventi chirurgici per TM polmone	Abbattimento tariffario
Almeno 128 interventi annui (pari al valore soglia di 150 interventi con una tolleranza del 15%)	0%
Da 90 a 127 interventi annui	30%
Fino ad 89 interventi annui	100%

- per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017, la Regione Lazio intende disporre il riconoscimento e la relativa remunerazione dei ricoveri per Infarto Miocardico Acuto effettuati esclusivamente dalle strutture della rete cardiologica dotate di UTIC di seguito elencate:

Cod. Istituto	ASL	Istituto	Comune
120906	RM1	AU POLICLINICO UMBERTO I	Roma
120072	RM1	SG CALIBITA FATEBENEFRAPELLI	Roma
120165	RM2	POLICLINICO CASILINO	Roma
120267	RM2	SANDRO PERTINI	Roma
120920	RM2	AU PTV	Roma
120902	RM2	AO S.GIOVANNI-ADDOLORATA	Roma
120076	RM2	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma
120066	RM2	S. EUGENIO	Roma
120901	RM3	AO S. CAMILLO-FORLANINI	Roma
120061	RM3	G.B. GRASSI	Roma
120905	RM1	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	Roma
120919	RM1	AO SANT'ANDREA	Roma
120285	RM1	S. FILIPPO NERI	Roma
120026	RM1	SANTO SPIRITO	Roma

Cod. Istituto	ASL	Istituto	Comune
120180	RM1	AURELIA HOSPITAL	Roma
120071	RM1	SAN PIETRO FATEBENEFRAELLI	Roma
120045	RM4	SAN PAOLO	Civitavecchia
120053	RM5	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli
120046	RM5	L. PARODI DELFINO	Colleferro
120043	RM6	OSP. ANZIO-NETTUNO	Anzio
120044	RM6	OSP. RIUNITI	Albano-Genzano
120047	RM6	S. SEBASTIANO	Frascati
120134	RM6	CDC SANT'ANNA	Pomezia
120271	VT	BELCOLLE	Viterbo
120019	RI	S. CAMILLO DE LELLIS	Rieti
120200	LT	S. MARIA GORETTI	Latina
120206	LT	DONO SVIZZERO	Formia
120216	FR	F. SPAZIANI	Frosinone
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino
120226	FR	SS TRINITÀ	Sora
120166	RM2	NUOVA ITOR	Roma
120915	RM2	CAMPUS BIOMEDICO	Roma
120173	RM2	EUROPEAN HOSPITAL	Roma
120171	RM2	CITTA' DI ROMA	Roma

I ricoveri per IMA - Infarto Miocardico Acuto effettuati dalle strutture non presenti nel precedente elenco saranno riconosciuti fino ad un limite massimo pari all'1% dei ricoveri ordinari per acuti effettuati da ciascuna struttura, individuati dalla data di ammissione e dal numero progressivo di ricovero. Si precisa che tra il 1 luglio 2017 al 31 dicembre 2017 il limite massimo sarà considerato pari all'1% dei ricoveri ordinari per acuti di ciascuna struttura individuati dalla data di ammissione che ricade nel medesimo intervallo temporale. A partire dalla data di pubblicazione del presente provvedimento la Regione Lazio potrà intervenire al fine apportare variazioni all'elenco di strutture sopra riportato.

- per tutti i ricoveri con accesso a far data dal 1 luglio 2017, la Regione Lazio effettuerà le seguenti rimodulazioni tariffarie ai ricoveri con parto cesareo primario, da applicare alle strutture afferenti alla rete perinatale definita nel DCA n. 412/2014 e s.m.i., in base al valore dell'indicatore di rischio di esito *"Proporzione di parti con taglio cesareo primario"*:

Punti nascita I livello	Punti nascita II livello	Abbattimento tariffario
Fino al 20%	Fino al 30%	0%
Dal 20% al 30%	Dal 30% al 40%	30%
Oltre il 30%	Oltre il 40%	40%

Si precisa che tra il 1 luglio 2017 ed il 31 dicembre 2017 l'abbattimento tariffario sarà calcolato tenuto conto della percentuale di parti cesarei primari registrata nel medesimo intervallo temporale.

I punti nascita di I e di II livello individuati dal DCA n. 412/2014 e s.m.i. sono i seguenti:

Cod. Istituto	ASL territoriale	Istituto	Comune	Livello
120906	RM1	POLICLINICO UMBERTO I	Roma	II
120072	RM1	SG CALIBITA FATEBENEFRATELLI	Roma	II
120053	RM5	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli	I
120051	RM5	CONIUGI BERNARDINI	Palestrina	I
120216	FR	F. SPAZIANI	Frosinone	I
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino	I
120226	FR	SS TRINITÀ	Sora	I
120902	RM2	AO S.GIOVANNI-ADDOLORATA	Roma	II
120165	RM2	POLICLINICO CASILINO	Roma	II
120267	RM2	SANDRO PERTINI	Roma	I
120157	RM2	FABIA MATER	Roma	I
120076	RM2	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma	I
120044	RM6	OSP. RIUNITI	Albano-Genzano	I
120054	RM6	OSP. PAOLO COLOMBO	Velletri	I
120901	RM3	AO S. CAMILLO-FORLANINI	Roma	II
120066	RM2	S. EUGENIO	Roma	II
120061	RM3	G.B. GRASSI	Roma	I
120171	RM3	CITTA' DI ROMA	Roma	I
120043	RM6	OSP. ANZIO-NETTUNO	Anzio	I
120200	LT	S. MARIA GORETTI	Latina	I
120215	LT	CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA	Aprilia	I
12020402	LT	SAN GIOVANNI DI DIO	Fondi	I
120206	LT	DONO SVIZZERO	Formia	I
120905	RM1	POLICLINICO A. GEMELLI E C.I.C.	Roma	II
120071	RM1	SAN PIETRO FBF	Roma	II
120285	RM1	S. FILIPPO NERI	Roma	I
120074	RM1	OSP. GEN. DI ZONA 'CRISTO RE'	Roma	I
120115	RM1	SANTA FAMIGLIA	Roma	I
120180	RM1	AURELIA HOSPITAL	Roma	I
120026	RM1	SANTO SPIRITO	Roma	I
120045	RM4	SAN PAOLO	Civitavecchia	I
120019	RI	S. CAMILLO DE LELLIS	Rieti	I
120271	VT	BELCOLLE	Viterbo	II
120904	RM1	BAMBINO GESU'	Roma	II

A partire dalla data di pubblicazione del presente provvedimento la Regione Lazio potrà intervenire al fine apportare variazioni all'elenco di strutture sopra riportato, nonché al livello dei punti nascita all'interno della relativa rete.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI