



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

VISTE le delibere del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e successive con le quali è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTO l'articolo 3, commi 1, 2, 4 e 6 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 prorogato dall'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 settembre 2020, n. 124, nonché, dall'articolo 19, comma 2, del decreto-legge 31 dicembre 2020, n. 183 e successivamente dall'articolo 11 del decreto-legge 22 aprile 2021, n.52, che stabilisce che le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie possono stipulare contratti, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto-legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157 nel caso in cui la situazione di emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19 richieda l'attuazione nel territorio regionale e provinciale del piano, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministero della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020, laddove emerga l'impossibilità di perseguire gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza indicati dalla menzionata circolare del 1° marzo 2020 nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate, mediante le prestazioni acquistate con i contratti in essere alla data del presente decreto. Qualora non sia possibile perseguire gli obiettivi di cui sopra mediante la stipula dei citati accordi contrattuali, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le aziende sanitarie, in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono autorizzate a stipulare al medesimo fine contratti con strutture private non accreditate, purché autorizzate ai sensi dell'articolo 8-ter del medesimo decreto legislativo. I contratti stipulati ai sensi delle disposizioni sopra richiamate cessano di avere efficacia al termine dello stato di emergenza;

CONSIDERATO che per l'attuazione dei commi 1 e 2 del richiamato articolo 3 del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, il comma 6 del medesimo articolo autorizza la spesa complessiva di 240 milioni di euro e le successive disposizioni di proroga prevedono che le relative norme vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente;

VISTO l'articolo 4-bis, comma 3, del citato decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, che dispone che *“Il triage per i pazienti che si recano autonomamente in pronto soccorso deve avvenire in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso, al fine di consentire alle strutture sanitarie di svolgere al contempo le ordinarie attività assistenziali”*;

VISTO l'articolo 2, comma 4 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 che stabilisce che: *“Le regioni e le province autonome, che abbiano individuato unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti dal COVID-19, nell'ambito delle strutture ospedaliere, provvedono a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale e assicurano la ristrutturazione dei reparti di pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti di COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi”*;

VISTO l'articolo 4 del citato decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34 che stabilisce che le regioni, ivi comprese quelle sottoposte a piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del citato decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai piani medesimi;

VISTO il comma 2 del richiamato articolo 4 che stabilisce che con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono stabilite le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18;

VISTO il comma 3 del richiamato articolo 4 che stabilisce che *“La specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020. Con il decreto di cui al comma 2, la specifica funzione assistenziale è determinata con riferimento alle attività effettivamente svolte e ai costi effettivamente sostenuti dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e della circolare della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute n. 2627 del 1° marzo 2020, nonché sostenuti dagli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, relativi: a) all'allestimento e ai costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di terapia intensiva istituiti su indicazione della regione ai sensi del piano di cui al citato articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 27 del 2020; b) all'allestimento e ai costi di attesa di reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, istituiti su indicazione della regione. Con il medesimo decreto di cui al comma 2, l'incremento tariffario di cui al comma 1 è determinato*

con riferimento ai maggiori oneri correlati ai ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da patologie da SARSCoV-2, sostenuti dalle strutture e dagli enti di cui al periodo precedente, valutati sulla base delle informazioni desunte dal sistema informativo sanitario del Ministero della salute e dalle informazioni rese disponibili dalle regioni, anche in relazione alla loro congruità.”;

VISTI i commi 4, 5, 5-bis e 5-ter del richiamato articolo 4 che dispongono in materia di acconti/riconoscimenti da corrispondere agli erogatori privati accreditati destinatari di apposito budget per l’anno 2020 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell’ambito degli accordi e dei contratti di cui all’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulati per l’anno 2020, ferma restando la garanzia dell’equilibrio economico del Servizio sanitario regionale;

VISTO il succitato articolo 8-quinquies, comma 2-quater, nella parte in cui dispone che l’attività assistenziale acquistata dalle regioni è remunerata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell’articolo 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni;

VISTO il comma 1 dell’articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che prevede che, ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 del citato articolo 8-sexies sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza;

TENUTO CONTO che i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima devono essere stabiliti, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell’attività svolta;

RITENUTO che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano subordinino l’erogazione del finanziamento della funzione assistenziale alla verifica della rendicontazione presentata ai competenti organi regionali dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell’articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18;

VISTO, altresì, il decreto ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale;

VISTO l’articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale prevede che: *“Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell’articolo 12 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell’equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l’accordo di cui all’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile.”;*

CONSIDERATO che, al fine di garantire la compatibilità economica nell’applicazione del presente decreto, le regioni e le province autonome devono fare riferimento sia alla rimodulazione del proprio fabbisogno sanitario in funzione dell’emergenza COVID-19 sia alle complessive risorse assegnate a

valere sul finanziamento ordinario a carico dello Stato, ivi incluse quelle previste dall'articolo 3, comma 6 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 e devono rispettare le proprie regole di programmazione regionale/provinciale nel rispetto dei vincoli di bilancio;

RILEVATO che sono stati effettuati confronti con le società medico-scientifiche maggiormente rappresentative delle discipline interessate dai ricoveri COVID-19 per il tramite della Federazione Italiana delle società medico scientifiche (FISM), per acquisire dalle stesse elementi informativi utili per la determinazione degli incrementi tariffari previsti dall'articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34;

STABILITO CHE anche ai ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da COVID-19 si applicano le vigenti norme in materia di controllo sull'attività ospedaliera di cui all'articolo 8-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, integrate con specifici approfondimenti sulle informazioni che consentono di verificare se i ricoveri si riferiscono a pazienti affetti da COVID-19 e di valutare l'appropriatezza clinica della degenza nelle diverse discipline ospedaliere e delle procedure eseguite;

VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del (Rep. Atti n.../CSR)

DECRETA

Art. 1

Finalità, ambito di applicazione e durata

1. In applicazione dell'articolo 4, comma 2 del sopra citato decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, con il presente decreto si provvede alla determinazione dell'incremento tariffario per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri per acuti di pazienti affetti da COVID-19, secondo quanto previsto al successivo articolo 2, nonché alla individuazione dei criteri utili alla definizione delle funzioni assistenziali correlate all'emergenza COVID-19, che le regioni e province autonome possono riconoscere, ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.

Il riconoscimento degli incrementi tariffari e delle funzioni assistenziali di cui al comma 1 è riferito ai soli ricoveri effettuati nel corso del periodo relativo allo stato di emergenza dichiarato sul territorio nazionale, di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e successivi provvedimenti di proroga.

Art. 2

Determinazione dell'incremento tariffario massimo di riferimento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti a pazienti affetti da COVID-19

1. Le prestazioni di ricovero per acuti a pazienti affetti da COVID-19, indipendentemente dal codice DRG della dimissione finale, sono remunerate maggiorando l'ordinaria remunerazione di cui al decreto ministeriale 18 ottobre 2012 con l'incremento tariffario di cui al comma 2 del presente articolo.

2. L'incremento tariffario massimo, per ciascun episodio di ricovero con durata di degenza maggiore di 1 giorno, è pari a 3.713 euro se il ricovero è avvenuto esclusivamente in area medica e a 9.697 euro se il ricovero è transitato in terapia intensiva. In caso di dimissione del paziente per trasferimento tra strutture di ricovero e cura, l'incremento tariffario è ripartito tra le strutture in proporzione alla durata della degenza in ciascuna.

3. In caso di trasferimento del paziente in reparti diversi di una stessa struttura di ricovero, l'incremento tariffario è riconosciuto una sola volta con riferimento all'intero episodio di cura ospedaliero. L'incremento tariffario si applica ai soli ricoveri in cui il paziente sia risultato positivo al tampone effettuato per la ricerca del virus SARS-COV-2, così come verificato dall'Istituto Superiore di Sanità.

4. Le regioni e province autonome, nell'ambito degli importi di cui al comma 2, possono articolare l'incremento tariffario, per classi di erogatori, riconoscendo importi inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività, definite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del sopra citato decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, di minore complessità.

5. Le regioni e province autonome in sede di riconoscimento dell'incremento tariffario tengono conto degli importi eventualmente già riconosciuti agli erogatori, nell'ambito dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del citato decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34.

Art. 3

Definizione delle funzioni assistenziali correlate all'emergenza COVID-19

1. I criteri individuabili per la determinazione della funzione assistenziale correlata all'emergenza COVID-19 riguardano:

- a. i costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di terapia intensiva, calcolati sulla base delle giornate di degenza non occupate rispetto a quelle erogabili sui posti letto COVID-19 attivati per l'area medica e per la terapia intensiva, nel rispetto dei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del sopra citato decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18;
- b. i costi di attesa di reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, attivati su indicazione della regione, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 4-bis, comma 3 del sopra citato decreto-legge 17 marzo 2020, n.18 e dall'articolo 2, comma 4 del sopra citato decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34.

Art. 4

Criteri generali per la determinazione della remunerazione massima della funzione relativa ai costi di attesa dei posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19

1. Le regioni e le province autonome che esercitano la facoltà di cui all'articolo 4, comma 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, determinano l'importo del finanziamento della funzione relativa ai costi di attesa dei posti letto in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, in proporzione al numero di posti letto di cui all'accordo contrattuale stipulato ai sensi dell'articolo 3 del sopra citato decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, correlandolo ai posti letto non occupati e tenendo conto di quanto già riconosciuto sulla base dei propri atti di programmazione, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario regionale e con le risorse previste per l'attuazione del comma 6 del richiamato articolo 3.

2. La funzione assistenziale correlata all'emergenza COVID-19 per la remunerazione dei costi di attesa dei posti letto spetta alle strutture individuate nei piani del comma 1, lettera b) del predetto articolo 3, nell'ambito dell'accordo contrattuale stipulato ai sensi del medesimo articolo.

3. Il costo standard della funzione di cui al presente articolo è determinato sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi relativi ai soli costi fissi e del personale

ed è commisurato al numero di posti letto, di cui all'accordo contrattuale stipulato ai sensi del richiamato articolo 3, non occupati.

4. L'importo della funzione non può eccedere i costi sostenuti dagli erogatori, al netto di quanto già percepito dalla struttura a titolo di riconoscimento corrisposto dalla regione/provincia autonoma. Tali costi sono rendicontati mensilmente dalla struttura alla regione/provincia autonoma.

5. Le regioni subordinano l'erogazione del finanziamento di cui al comma 1 alla valutazione della rendicontazione che ciascuna struttura inserita nel citato piano di cui al comma 1, lettera b) del predetto articolo 3, deve produrre ai sensi del comma 4 del presente articolo, verificando le informazioni fornite. A tale scopo le regioni e province autonome valutano la congruenza dei costi sostenuti da ciascuna struttura inserita nel citato piano, anche rispetto ai dati di costo sostenuti negli anni precedenti, con riferimento alle giornate in cui i posti letto non sono stati occupati, tenendo conto della remunerazione delle prestazioni erogate.

6. Le regioni possono articolare l'importo delle funzioni come determinate ai sensi dei commi 1 e 2 del presente articolo, per classi di erogatori, riconoscendo importi inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività, definite nei citati piani adottati in attuazione del comma 1, lettera b) del richiamato articolo 3, di minore complessità.

Art. 5

Criteria generali per la determinazione della remunerazione massima della funzione relativa ai costi di attesa dei reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati COVID-19 e dei casi sospetti COVID-19

1. Le regioni e le province autonome che esercitano la facoltà di cui all'articolo 4, comma 1 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, determinano l'importo del finanziamento della funzione in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, in relazione all'accordo contrattuale stipulato ai sensi del richiamato articolo 3 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, tenendo conto della relazione di cui al comma 4 del presente articolo, anche in deroga al comma 1-bis, dell'articolo 8-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario regionale e con le risorse previste per l'attuazione del comma 6 del citato articolo 3.

2. Il costo standard della funzione è determinato sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi relativi ai soli costi fissi e del personale correlati all'accordo contrattuale di cui al comma 1 del presente articolo stipulato ai sensi del predetto articolo 3 con riferimento alla necessità che, in coerenza con il comma 4 dell'articolo 2 del citato decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, nelle unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti dal COVID-19, sia consolidata e resa strutturale la separazione dei percorsi ed assicurata la ristrutturazione dei reparti di pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti di COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi, nonché la necessità che, ai sensi dell'articolo 4-bis del citato decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, il triage in pronto soccorso per i pazienti sospetti di COVID-19 o potenzialmente contagiosi avvenga in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso.

3. L'importo della funzione non può eccedere i costi sostenuti dagli erogatori, al netto di quanto percepito dalla struttura a titolo di riconoscimento corrisposto dalla regione/provincia autonoma.

4. Le strutture di ricovero in cui sono presenti reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, attivati su indicazione della regione, inserite nel citato piano di cui al comma 1, lettera b) del richiamato articolo 3 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, trasmettono alla regione di appartenenza una relazione che evidenzia, con la cadenza definita da ciascuna regione o provincia autonoma:

- a. l'effettiva attivazione del pronto soccorso, secondo le modalità di cui al citato piano;
- b. la quantità di accessi erogabili dal pronto soccorso sulla base del dimensionamento previsto dal citato piano;
- c. la quantità di accessi erogati dal pronto soccorso;
- d. i costi sostenuti con riferimento al pronto soccorso citato.

5. Le regioni subordinano l'erogazione del finanziamento di cui al comma 1 alla valutazione della rendicontazione che ciascuna struttura inserita nel citato piano di cui al comma 1, lettera b) del richiamato articolo 3 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, deve produrre ai sensi del comma 4 del presente articolo, verificando le informazioni fornite. A tale scopo le regioni e province autonome valutano la congruenza dei costi sostenuti da ciascuna struttura inserita nel citato piano anche rispetto ai dati di costo sostenuti negli anni precedenti per il pronto soccorso, con riferimento al dimensionamento del pronto soccorso previsto dal citato piano ed al numero di accessi e tenendo conto della remunerazione delle prestazioni erogate.

Art. 6

Attività di controllo

1. Le strutture inserite nei piani adottati in attuazione del richiamato articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, presentano alla regione/provincia autonoma, in sede di chiusura dell'esercizio, una specifica rendicontazione relativa ai costi sostenuti per le funzioni assistenziali di cui agli articoli 4 e 5 che dia evidenza dei costi sostenuti per ciascuna delle componenti di cui all'articolo 1, comma 2 e che indichi il volume di prestazioni erogate a pazienti COVID-19 e la relativa remunerazione.
2. La regione/provincia autonoma e le proprie aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi contrattuali, sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese, al fine di verificare la coerenza con la rendicontazione di cui al comma 1.
3. Ai ricoveri di pazienti affetti da COVID-19 si applicano le vigenti norme in materia di controllo sull'attività ospedaliera, integrate con specifici approfondimenti che consentano di valutare la gravità del paziente e l'appropriatezza del setting di erogazione e delle prestazioni erogate.

Art. 7

Disposizioni transitorie e finali

1. Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione, fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 6 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18.
2. Gli effetti del presente decreto sono limitati al periodo relativo allo stato di emergenza dichiarato sul territorio nazionale.

Il presente decreto sarà inviato agli organi di controllo secondo la normativa vigente e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma,

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

RELAZIONE TECNICA

allo schema di decreto ministeriale, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n.34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n.77

1. QUADRO NORMATIVO

Articolo 4 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34 convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e successive modificazioni:

- Comma 1. Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020¹, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le regioni, ivi comprese quelle sottoposte a di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani.
- Comma 2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono stabilite le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario di cui al comma 1, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18.
- Comma 3. La specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020. Con il decreto di cui al comma 2, la specifica funzione assistenziale è determinata con riferimento alle attività effettivamente svolte e ai costi effettivamente sostenuti dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con

¹ Ai sensi dell'articolo 1, comma 3, decreto legge 30 luglio 2020, n. 83, così come modificato prima dall'allegato alla legge di conversione, legge 25 settembre 2020, n. 124 con decorrenza dal 29 settembre 2020, e poi dall'articolo 1, comma 3, lettera a), del decreto legge 7 ottobre 2020, n. 125 con decorrenza dall'8 ottobre 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 novembre 2020, n. 159 con decorrenza dal 4 dicembre 2020, il termine di cui al presente comma è prorogato al 31 dicembre 2020.

Ai sensi dell'articolo 19, decreto legge 31 dicembre 2020, n. 183 con decorrenza dal 31 dicembre 2020, il termine di cui al presente comma è prorogato fino alla data di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e comunque non oltre il 31 marzo 2021, e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente. Successivamente è intervenuto l'art. 11 del decreto-legge 22 aprile 2021, n.52 che ha prorogato i termini correlati con lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 al 31 luglio 2021 e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente.

modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e della circolare della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute n. 2627 del 1° marzo 2020, nonché sostenuti dagli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, relativi: a) all'allestimento e ai costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di terapia intensiva istituiti su indicazione della regione ai sensi del piano di cui al citato articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 27 del 2020; b) all'allestimento e ai costi di attesa di reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, istituiti su indicazione della regione. Con il medesimo decreto di cui al comma 2, l'incremento tariffario di cui al comma 1 è determinato con riferimento ai maggiori oneri correlati ai ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da patologie da SARS-CoV-2, sostenuti dalle strutture e dagli enti di cui al periodo precedente, valutati sulla base delle informazioni desunte dal sistema informativo sanitario del Ministero della salute e dalle informazioni rese disponibili dalle regioni, anche in relazione alla loro congruità².

- Comma 4. Nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020.
- Comma 5. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 le quali sospendano le attività ordinarie anche in conseguenza dell'applicazione delle misure previste dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020.
- Comma 5 bis. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie, possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le

² Ai sensi dell'articolo 1, comma 3, decreto legge 30 luglio 2020, n. 83, così come modificato prima dall'allegato alla legge di conversione, legge 25 settembre 2020, n. 124 con decorrenza dal 29 settembre 2020, e poi dall'articolo 1, comma 3, lettera a), del decreto legge 7 ottobre 2020, n. 125 con decorrenza dall'8 ottobre 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 novembre 2020, n. 159 con decorrenza dal 4 dicembre 2020, il termine di cui al presente comma è prorogato al 31 dicembre 2020.

Ai sensi dell'articolo 19, decreto legge 31 dicembre 2020, n. 183 con decorrenza dal 31 dicembre 2020, il termine di cui al presente comma è prorogato fino alla data di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e comunque non oltre il 31 marzo 2021, e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente. Successivamente è intervenuto l'art. 11 del decreto-legge 22 aprile 2021, n.52 che ha prorogato i termini correlati con lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 al 31 luglio 2021 e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente.

attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata.

- Comma 5-ter. La disposizione prevista al comma 5-bis si applica altresì agli acquisti di prestazioni socio sanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2020 come riportato nei relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020.
- Comma 6. L'articolo 32 del decreto legge 8 aprile 2020, n. 23, è abrogato.

Articolo 3, commi 1, 2 e 6, del decreto legge 17 marzo 2020 n.18/2020 convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27:

- Comma 1. Le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le aziende sanitarie possono stipulare contratti ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, nel caso in cui:
 - a) la situazione di emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19 richieda l'attuazione nel territorio regionale e provinciale del piano di cui alla lettera b) del presente comma;
 - b) dal piano, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020, emerga l'impossibilità di perseguire gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza indicati dalla menzionata circolare del 1° marzo 2020 nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate, mediante le prestazioni acquistate con i contratti in essere alla data del presente decreto.
- Comma 2. Qualora non sia possibile perseguire gli obiettivi di cui al comma 1 mediante la stipula di contratti ai sensi del medesimo comma, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le aziende sanitarie, in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono autorizzate a stipulare al medesimo fine contratti con strutture private non accreditate, purché autorizzate ai sensi dell'articolo 8-ter del medesimo decreto legislativo.
- Comma 6. Per l'attuazione dei commi 1 e 2, è autorizzata la spesa complessiva di 240 milioni di euro per l'anno 2020 e per l'attuazione del comma 3, è autorizzata la spesa di 160 milioni di euro per l'anno 2020. Al relativo onere si provvede a valere sul finanziamento sanitario corrente stabilito per il medesimo anno. Al relativo finanziamento accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2019. L'assegnazione dell'importo di cui al presente comma avviene secondo la tabella A allegata al presente decreto.

Il decreto legge 30 luglio 2020, n. 83 e il decreto legge 7 ottobre 2020, n. 125 hanno prorogato gli effetti delle norme sopra citate, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in quanto opera nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Ai sensi dell'articolo 19, decreto legge 31 dicembre 2020, n. 183 con decorrenza dal 31 dicembre 2020, il termine è prorogato fino alla data di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e comunque non oltre il 31 marzo 2021, e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente.

Successivamente è intervenuto l'articolo 11 del decreto legge 22 aprile 2021, n. 52 che ha prorogato i termini correlati con lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 al 31 luglio 2021 e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente.

2. STUDIO PRELIMINARE

Nel periodo aprile-giugno 2020 non erano ancora disponibili presso il Ministero della salute informazioni complete in merito ai ricoveri di pazienti COVID e informazioni in merito ai diversi oneri per il relativo trattamento ospedaliero, pertanto, è stato condotto uno studio preliminare allo scopo di individuare la metodologia per determinare l'entità dell'eventuale incremento tariffario rispetto alle vigenti tariffe massime nazionali ex DM 18/10/2012.

A tale scopo, nell'aprile 2020:

- ▶ alle regioni partecipanti alla Commissione tariffe (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio, Campania, Puglia) ed alla regione Piemonte in quanto regione particolarmente coinvolta dal COVID, è stata inviata una specifica richiesta di informazioni descrittive del *case-mix* COVID trattato in regime di ricovero ospedaliero, delle prestazioni erogate nel corso dei ricoveri, dei setting assistenziali di erogazione (area medica e terapia intensiva), oltre che di informazioni relative ai costi di produzione dei ricoveri nel periodo pre-COVID e nell'anno 2020.

Con riferimento alla richiesta relativa ai costi di produzione dei ricoveri, solo la regione Veneto ha inviato i dati di costo per giornata di degenza relativi ai ricoveri NO COVID e COVID rispettivamente agli anni 2018 e 2020, secondo la metodologia IT-DRG.

La regione Emilia-Romagna, invece, ha fornito informazioni sui costi medi per giornata di degenza per gli anni 2019 e 2020 relativi ai reparti di Terapia intensiva, Pneumologia, Malattie infettive e tropicali, Medicina generale di alcune aziende ospedaliere e aziende ospedaliere-universitarie (rilevati nelle AOU Parma, Ausl Reggio Emilia, Ausl Bologna (Ospedale Maggiore), Ausl Bologna (Ospedale Bentivoglio), AOU Bologna, Ausl Imola, Ospedale di Rimini), specificando di non disporre dei costi per singolo DRG. Pertanto, allo scopo di disporre di dati confrontabili tra le tre regioni a partire da quelli forniti dall'Emilia Romagna, è stato richiesto alle regioni Lombardia e Veneto di fornire le informazioni sui costi per giornata di degenza distintamente per gli anni 2019 e 2020 relativi ai reparti di Terapia intensiva, Pneumologia, Malattie infettive e Medicina generale secondo il format utilizzato dalla regione Emilia Romagna, articolato secondo le principali voci dei fattori produttivi rilevati in Contabilità analitica.

Le regioni Lombardia e Veneto hanno fornito i costi medi relativi a reparti di Pneumologia, Terapia Intensiva, Medicina generale e Infettivologia.

Le regioni Lazio, Campania, Puglia e Piemonte non hanno fornito i dati di costo richiesti.

I dati di costo trasmessi dalle regioni Veneto, Emilia Romagna e Lombardia sono stati riclassificati in modo da renderli confrontabili, così da poterli utilizzare per le necessarie elaborazioni e valutazioni di impatto. Le singole regioni hanno validato la correttezza della riclassificazione operata sulle voci di costo fornite.

L'analisi di tali dati ha evidenziato costi di personale molto più elevati della media nella AOU di Bologna. La regione ha spiegato che nei costi era stato incluso il costo del personale che sostituiva quello in quarantena o in permanenza domiciliare fiduciaria.

Poiché l'articolo 26 del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, prevede l'equiparazione alla malattia dei periodi di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria, cui fossero sottoposti i dipendenti del settore privato, è stato richiesto all'INPS la conferma che tale estensione non si applichi al personale sanitario dipendente del settore pubblico. L'INPS, con nota prot. INPS.0064.29/09/2020.0040937, acquisita con prot. 0019366-29/09/2020-DGPROGS-MDS-A, ha precisato che i periodi trascorsi in quarantena o permanenza domiciliare fiduciaria sono equiparati a ricovero ospedaliero, con oneri a carico del datore di lavoro pubblico. Pertanto, al fine di definire un importo tariffario coerente con i costi sostenuti dalle strutture private, si è stabilito di escludere i dati relativi alla AOU di Bologna.

- Alle società medico-scientifiche maggiormente rappresentative delle discipline interessate dai ricoveri COVID per il tramite della FISM è stato chiesto di rendere disponibili i seguenti elementi informativi, utili alla definizione di un sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per i pazienti COVID:
- i. informazioni che consentano di valutare il diverso impegno di reparti COVID rispetto a reparti non COVID;
 - ii. studi/analisi già svolti (in singoli ospedali o reparti) basati sulle cartelle cliniche dei pazienti COVID, fornendo informazioni in merito al diverso assorbimento di risorse ospedaliere (durata della degenza, setting assistenziali, procedure eseguite, apparecchiature utilizzate) dei ricoveri COVID rispetto ai ricoveri non COVID.

Le informazioni ricevute sono riassunte nella tabella che segue:

SCHEMA RISPOSTE SOCIETA' SCIENTIFICHE							
	MEDIA REPARTI NON INTENSIVI es. medicina interna, pneumologia, malattie infettive, ecc.		MEDIA REPARTI SEMINTENSIVI		MEDIA REPARTI TERAPIA INTENSIVA SOLO SIAARTI		
	reparto COVID	reparto NON COVID	reparto COVID	reparto NON COVID	reparto COVID	reparto NON COVID	
	SOCIETA' RISPONDENTI	5	5	5	5	1	1
PERSONALE (numero ogni 10 letti)							
Personale medico	5,2	3,2	8,2	5,4	14,0	11,0	
Personale infermieristico	8,4	6,8	14,5	11,5	34,0	28,0	
Personale OSS	4,4	2,6	5,0	3,4	3,0	2,0	
Altro personale (specificare)							
Fisioter./Logopedista/Audiometrista/Ortottista/Masso fisioterapista	1	1	3	2			
PROCEDURE PER PAZIENTE PER RICOVERO							
TAC	1,2	0,5	1,7	1,1	3,0	2,0	
Respirazione meccanica							
Ossigenoterapia	6,0	1,6	10,0	10,1			
Ossigenoterapia CPAP >96 ore	2,1	1,0	9,2	5,2	0,0	0,1	
Ossigenoterapia CPAP <96 ore	1,6	0,5	0,2	4,2			
Ossigenoterapia NIV >96 ore	0,6	0,2	4,9	3,0			
Ossigenoterapia NIV <96 ore	0,2	0,2		1,2			
Ossigenoterapia IOT >96 ore							
Ossigenoterapia IOT <96 ore							
Ossigenoterapia VAM >96 ore					0,9	0,3	
Ossigenoterapia VAM <96 ore					0,0	0,5	
Ossigenoterapia ECMO >96 ore					0,1	0,1	
Ossigenoterapia ECMO <96 ore							
HFNC			2,0	2,0			
Tracheotomia					5,0	4,0	
Pronosupinazione					6,0	3,0	
Ossigenoterapia ad alti flussi HFNC dz > 96 ore			1,6	0,4			
Ossigenoterapia ad alti flussi HFNC < 96 ore			0,4	1,6			
Apparecchiature Sanitarie							
Respiratori CPAP	2,8	1,4	11,2	8,0	14,0	8,0	
Respiratori NIV	1,2	0,6	6,5	7,7	7,0	5,0	
Respiratori IOT							
Respiratori VAM					14,0	12,0	
Respiratori ECMO					4,0	14,0	
TEG-ROTEM					1,0	1,0	
EGA					1,0	1,0	
HFNC			2,0	2,0			
Materiali Sanitari							
Broncoscopi monouso					10,0	5,0	
CRRT (tecniche sost renale)					4,0	2,0	
Dispositivi Protezione individuale / die	5,4	1,0	8,0	3,0			
Ecografo con sonda transtoracica, lineare, convex					2,0	1,0	
Monitoraggio emodinamico avanzato					14,0	12,0	
Ossigeno (l per paziente per giornata)	13.488	7.032	26.032	21.032	17.000	18.000	
RIFIUTI SPECIALI							
Sacche per Nutrizione enterale					2,0	2,0	
Sacche per Nutrizione Parenterale (N. sacche per paz	3,3	0,2	4,6	2,5	1,0	1,0	
SANIFICAZIONE							
Sistemi per somm ossido nitrico					2,0	1,0	
Sonda transesofagea					2,0	1,0	
Videolaringoscopi					3,0	1,0	

In estrema sintesi, le risultanze delle principali informazioni fornite dalle Società Scientifiche sono così riassumibili:

Reparti intensivi: il trattamento di pazienti COVID) comporta l'incremento di:

- unità di personale pari al 24% (medici +27%, infermieri +21%, OSS +50%);
- procedure TAC (+50%) e ossigenoterapia>96ore;
- apparecchiature sanitarie, in particolare respiratori e tecniche di CCRT - sostituzione renale;

- consumo di DPI, farmaci e ossigeno;
- durata della degenza.

Reparti non intensivi: il trattamento di pazienti COVID comporta l'incremento di:

- unità di personale pari al 43% (medici +63%, infermieri +24%, OSS +69%);
- procedure TAC, ossigenoterapia;
- apparecchiature sanitarie, in particolare respiratori;
- consumo di DPI, farmaci sacche per nutrizione parenterale;
- durata della degenza.

3. ULTERIORI RICHIESTE ALLE REGIONI

In considerazione della necessità di affinare la valutazione di impatto del riconoscimento delle maggiorazioni tariffarie e delle funzioni COVID ed al fine di tenere conto del diverso andamento della pandemia sul territorio nazionale e dei diversi picchi pandemici registratisi nel corso del 2020, è stato ritenuto necessario acquisire ulteriori informazioni dalle regioni, in mancanza di informazioni interamente desumibili dai flussi informativi del NSIS.

Pertanto, nell'aprile 2021, è stato richiesto, per il tramite del Coordinamento regionale per la sanità, a tutte le regioni e province autonome di fornire le seguenti ulteriori informazioni:

A. FUNZIONE DI ATTESA POSTO LETTO COVID:

➤ Per ciascuna Regione:

- a) i dati di offerta e di attività riferiti ai pazienti COVID e NON COVID secondo il dettaglio riportato nelle seguenti tabelle ed in particolare sia i dati di posti letto effettivamente attivati e disponibili, distintamente per la disciplina terapia intensiva (cod. 49) e per le altre discipline, sia quelli convertibili/attivabili entro massimo 24/48 ore:

anno 2020 mese	erogatori privati accreditati											
	numero posti letto per acuti ordinari o week surgery COVID attivi		numero posti letto per acuti ordinari o week surgery NON COVID attivi		Numero ricoveri pazienti COVID erogati su PL COVID attivi		Numero ricoveri pazienti non COVID		numero giornate di degenza relative a pazienti COVID		numero giornate di degenza relative a pazienti NON COVID	
	Terapia Intensiva *	"Altre specialità mediche o chirurgiche" **	Terapia Intensiva *	"Altre specialità mediche o chirurgiche" **	transitati in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	transitati in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	trascorse in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	trascorse in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****
febbraio												
marzo												
aprile												
maggio												
giugno												
luglio												
agosto												
settembre												
ottobre												
novembre												
dicembre												
Totale					0	0	0	0	0	0	0	0

* si intendono sia i posti letto effettivamente già attivati e disponibili per la disciplina 49 sia quelli convertibili/attivabili entro massimo 24/48 ore

** si intendono sia i posti letto effettivamente già attivati e disponibili per discipline diverse dalla 49 sia quelli convertibili/attivabili entro massimo 24/48 ore posti letto per ricoveri non di TI

*** numero pazienti transitati in TI e giornate di ricovero trascorse in TI

**** numero pazienti non transitati in TI e totale delle relative giornate di ricovero

N.B. per il "numero di ricoveri" occorre considerare i dimessi per mese di dimissione. Per le "giornate di degenza" per ciascun mese vanno indicate le giornate di presenza (laddove disponibili) oppure le giornate collegate alle dimissioni del mese di riferimento.

anno 2020 mese	erogatori privati non accreditati											
	numero posti letto per acuti ordinari o week surgery COVID attivi		numero posti letto per acuti ordinari o week surgery NON COVID attivi		Numero ricoveri pazienti COVID erogati su PL COVID attivi		Numero ricoveri pazienti non COVID		numero giornate di degenza relative a pazienti COVID		numero giornate di degenza relative a pazienti NON COVID	
	Terapia Intensiva *	"Altre specialità mediche o chirurgiche" **	Terapia Intensiva *	"Altre specialità mediche o chirurgiche" **	transitati in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	transitati in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	trascorse in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	trascorse in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****
febbraio												
marzo												
aprile												
maggio												
giugno												
luglio												
agosto												
settembre												
ottobre												
novembre												
dicembre												
Totale					0	0	0	0	0	0	0	0

* si intendono sia i posti letto effettivamente già attivati e disponibili per la disciplina 49 sia quelli convertibili/attivabili entro massimo 24/48 ore

** si intendono sia i posti letto effettivamente già attivati e disponibili per discipline diverse dalla 49 sia quelli convertibili/attivabili entro massimo 24/48 ore posti letto per ricoveri non di TI

*** numero pazienti transitati in TI e giornate di ricovero trascorse in TI

**** numero pazienti non transitati in TI e totale delle relative giornate di ricovero

N.B. per il "numero di ricoveri" occorre considerare i dimessi per mese di dimissione. Per le "giornate di degenza" per ciascun mese vanno indicate le giornate di presenza (laddove disponibili) oppure le giornate collegate alle dimissioni del mese di riferimento.

anno 2020 mese	erogatori pubblici											
	numero posti letto per acuti ordinari o week surgery COVID attivi		numero posti letto per acuti ordinari o week surgery NON COVID attivi		Numero ricoveri pazienti COVID erogati su PL COVID attivi		Numero ricoveri pazienti non COVID		numero giornate di degenza relative a pazienti COVID		numero giornate di degenza relative a pazienti NON COVID	
	Terapia Intensiva *	"Altre specialità mediche o chirurgiche" **	Terapia Intensiva *	"Altre specialità mediche o chirurgiche" **	transitati in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	transitati in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	trascorse in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****	trascorse in Terapia Intensiva ***	"Altre specialità mediche o chirurgiche" ****
febbraio												
marzo												
aprile												
maggio												
giugno												
luglio												
agosto												
settembre												
ottobre												
novembre												
dicembre												
Totale					0	0	0	0	0	0	0	0

* si intendono sia i posti letto effettivamente già attivati e disponibili per la disciplina 49 sia quelli convertibili/attivabili entro massimo 24/48 ore

** si intendono sia i posti letto effettivamente già attivati e disponibili per discipline diverse dalla 49 sia quelli convertibili/attivabili entro massimo 24/48 ore posti letto per ricoveri non di TI

*** numero pazienti transitati in TI e giornate di ricovero trascorse in TI

**** numero pazienti non transitati in TI e totale delle relative giornate di ricovero

N.B. per il "numero di ricoveri" occorre considerare i dimessi per mese di dimissione. Per le "giornate di degenza" per ciascun mese vanno indicate le giornate di presenza (laddove disponibili) oppure le giornate collegate alle dimissioni del mese di riferimento.

- b) I costi fissi ed i costi variabili pre e post emergenza COVID per giornata di degenza in terapia intensiva (cod. 49) ed area medica (cod. 24, 26, 68 e 94), con la specifica del tasso di occupazione dei Posti letto distinti per le 2 discipline (unicamente dati disponibili a livello regionale, sia se riferiti a strutture pubbliche sia private accreditate; specificare le strutture ed il periodo di rilevazione), secondo il seguente schema:

Struttura di ricovero _____ (codice, denominazione)
 tipologia _____ (pubblico / privato accreditato / privato non accreditato)

	ANNO 2019		ANNO 2020	
	COSTI PER GIORNATA DI DEGENZA IN REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA	COSTI PER GIORNATA DI DEGENZA IN REPARTI DI AREA MEDICA	COSTI PER GIORNATA DI DEGENZA IN REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA	COSTI PER GIORNATA DI DEGENZA IN REPARTI DI AREA MEDICA
costi fissi				
Personale (incl. Irap)				
Pulizie (inclusi costi per sanificazione) *				
manutenzioni/noleggi				
ammortamenti				
utenze				
godimento beni di terzi				
mensa dipendenti				
oneri e imposte				
costi variabili				
beni sanitari (incl. farmaci, emoderivati, ossigeno, dispositivi, DPI)				
servizi sanitari				
prestazioni intermedie				
beni non sanitari (inclusi tute, calzari e altri DPI non sanitari)				
servizi alberghieri				
servizi non sanitari				
trasporti				
TASSO DI OCCUPAZIONE				

* costi per pulizie che vengono comunque sostenuti per tenere a disposizione i posti letto

Il sistema informativo del Ministero della salute per quanto riguarda il numero dei posti letto, raccoglie le informazioni attraverso i modelli HSP 12, 22bis, 13 e 23 con rilevazione trimestrale e invio entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre di riferimento.

Nello specifico, il modello HSP 12 raccoglie l'informazione dei posti letto dedicati ai pazienti COVID per singola struttura pubblica ed equiparata e per singolo reparto, classificato per area disciplina (di area medica e terapia intensiva), con l'indicazione del mese di apertura e chiusura del reparto.

Il modello HSP 22 bis raccoglie l'informazione dei posti letto medi mensili di degenza ordinaria, per singola struttura pubblica ed equiparata e per singolo reparto. In particolare, per l'anno 2020, è stato richiesto alle strutture di inserire la codifica "C" nel campo "tipo divisione" per contraddistinguere quanti dei posti letto comunicati per singolo reparto sono stati dedicati ai pazienti COVID per ogni singolo mese.

Il modello HSP 13, raccoglie l'informazione dei posti letto delle case di cura private accreditate dedicati ai pazienti COVID, contrassegnati dalla codifica "C" nel campo "tipo divisione", per singola struttura e reparto, classificato per area disciplina, con l'indicazione del mese di apertura e chiusura del reparto.

Il modello HSP 23 anch'esso dedicato alle case di cura private accreditate, a differenza del modello HSP 22 bis, non rileva i posti letto medi mensili, bensì le giornate di degenza mensili per singola struttura e reparto. Pertanto, per determinare il numero di posti letto mensili dedicati ai pazienti COVID per le case di cura private accreditate, è stato necessario stimare il numero dei posti letto dedicati ai pazienti COVID mensilmente, sulla base dei posti letto rilevati nel modello HSP 13 e le giornate di degenza del modello HSP 23. In particolare, tramite la differenza tra mese chiusura e apertura reparto è stato possibile determinare il numero di mesi di attivazione di ogni singolo reparto che, moltiplicato per i giorni per mese e il numero dei posti letto dedicati, fornisce una stima delle giornate disponibili. Le giornate di degenza, rilevate dal modello HSP 23, rapportate alle giornate disponibili fornisce una stima del numero di posti letto utilizzati per erogare le giornate comunicate nel modello HSP 23 per singolo mese.

Tale stima per le case di cura private accreditate si può sommare alla rilevazione puntuale del modello HSP 22 bis per le strutture pubbliche ed equiparate con ciò fornendo una stima del numero di posti letto dedicati ai pazienti COVID per regione e per singolo mese.

Da un confronto con il numero di posti letto forniti dalle regioni e province autonome e rilevati attraverso il questionario compilato ad aprile 2021, si registra una sottostima dei dati risultanti dai modelli HSP, seppur con un andamento mensile simile.

L'analisi più approfondita dei modelli HSP sopra descritti evidenzia anche una certa incompletezza di compilazione per alcune discipline che presentano un dato "missing", sottostimando il numero di posti letto dedicati ai pazienti COVID rilevati dai modelli HSP per le diverse discipline. Si è tentato di "recuperare" tale dato mancante ampliando il conteggio ai posti letto mensili per i reparti di medicina generale, pneumologia, malattie infettive e i reparti di semintensiva e terapia intensiva anche non contrassegnati dalla codifica "C", registrando un conteggio decisamente elevato in considerazione del fatto che tale stima considera necessariamente nel conteggio anche i posti letto non dedicati ai pazienti COVID.

Per i motivi sopra citati, la numerosità dei posti letto ottenuta sulla base dei modelli HSP 12, 22 bis, 13 e 23 risulta essere sottostimata e, pertanto, si è stabilito di utilizzare il numero di posti letto forniti dalle regioni e rilevati attraverso la compilazione del questionario somministrato ad aprile 2021, il cui volume è stato verificato essere ragionevolmente coerente con l'andamento mensile registrato sui predetti modelli HSP, seppure con variabilità a livello regionale.

Per verificare ulteriormente la coerenza del numero di posti letto forniti dalle regioni attraverso la compilazione del predetto questionario si è proceduto ad un confronto con le risultanze della rilevazione giornaliera dei posti letto COVID, distinti per area medica e terapia intensiva, attivata dalla Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute sin dal mese di marzo 2020 (link della scheda online: <https://it.surveymonkey.com/r/DC3TQBX>), ma consolidatasi solo a partire dal mese di novembre

2020. Si rappresenta che l'alimentazione della piattaforma da parte delle regioni e province autonome, pur presidiata con contatti continui con i referenti regionali, presentava alcune discontinuità che sono rientrate dalla data di entrata in vigore del DPCM 3 novembre 2020, che basava sul monitoraggio ex DM 30 aprile 2020 l'individuazione degli scenari rischio e le misure di contenimento. In data 19 marzo 2020 la Piattaforma è stata aggiornata (link <https://it.surveymonkey.com/r/CJYVVH2>) allo scopo di rendere la ricognizione dei dati ancora più aderente alle necessità di monitoraggio.

Pertanto, per gli ultimi due mesi dell'anno 2020 è stata constatata una ragionevole coerenza dei dati comunicati dalle regioni e province autonome con il citato questionario rispetto alla predetta rilevazione giornaliera, seppure con variabilità a livello regionale che, in ogni caso, conferma la scelta di utilizzare i dati comunicati dalle regioni e province autonome con il più volte citato questionario, considerata la necessità di affinare ulteriormente la rilevazione dei dati a livello ministeriale.

Sulla base del questionario trasmesso alle regioni e province autonome nel mese di aprile 2021 sono stati acquisiti i posti letto mensili attivi o attivabili entro 24/48 ore di terapia intensiva e di area medica, relativi a reparti COVID e non COVID, distintamente per erogatori pubblici, privati accreditati e privati non accreditati, delle seguenti regioni e province autonome: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia.

Per le sole regioni che non hanno comunicato le informazioni richieste (Marche, Campania, Calabria, Sardegna), il numero di posti letto COVID è stato stimato applicando alle stesse il numero dei posti letto rilevati dai modelli HSP sopracitati.

La tabella seguente riporta il numero medio mensile di posti letto relativi sia agli erogatori pubblici, sia agli erogatori privati (accreditati e non), di area medica e di terapia intensiva, per le singole regioni, desunto dai dati comunicati con la rilevazione di aprile 2021 ovvero, per le regioni che non hanno trasmesso informazioni, stimato secondo il metodo precedentemente indicato.

Numero posti letto COVID pubblici - Rilevazione M&S su dati regionali aprile 2021 -

	marzo		aprile		maggio		giugno		luglio		agosto		settembre		ottobre		novembre		dicembre	
	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI
Piemonte	2.010	288	3.474	411	2.639	301	1.376	143	878	99	603	87	605	91	1.108	115	4.197	327	4.026	333
Valle d'Aosta	73	30	219	20	55	15	25	10	5	10	5	10	5	10	49	12	129	22	73	17
Lombardia	7.839	721	8.217	1.071	4.665	354	1.930	137	871	33	747	28	683	33	1.895	156	5.853	537	4.728	480
PA di Bolzano	144	55	191	67	102	47	68	41	66	35	66	35	67	35	148	47	390	51	367	51
PA di Trento	351	82	350	86	295	53	340	51	340	51	340	51	340	51	340	51	484	78	528	90
Veneto	4.932	359	4.932	405	4.932	122	4.932	19	4.932	16	4.932	23	4.932	59	4.932	161	5.826	552	5.826	598
Friuli Venezia G	156	71	229	88	187	39	114	39	56	39	56	39	56	39	291	65	562	53	696	66
Liguria	71	18	1.265	299	1.180	158	598	99	286	56	217	28	197	28	438	60	1.094	136	1.101	145
Emilia Romagna	4.066	517	3.303	442	1.613	244	712	156	643	118	529	122	574	106	1.400	165	2.698	310	2.832	296
Toscana	1.306	324	1.118	291	620	175	248	83	248	83	242	81	254	93	924	197	1.764	331	1.329	289
Umbria	107	34	146	38	60	15	39	19	33	20	34	20	40	21	106	30	219	49	203	38
Marche	368	115	818	140	582	92	241	28	84	9	52	4	33	7	158	27	517	71	520	70
Lazio	373	59	569	74	479	61	327	53	262	39	248	44	248	45	467	87	739	140	723	135
Abruzzo	135	34	227	41	245	36	129	14	79	12	72	12	71	12	110	26	264	44	332	49
Molise	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	72	12	72	12
Campania	457	111	848	188	479	119	375	87	272	84	288	96	426	61	1.201	188	1.935	239	1.638	240
Puglia	81	58	61	58	944	112	423	67	117	50	117	50	138	48	409	91	1.672	198	1.776	190
Basilicata	96	36	96	36	96	36	68	11	96	11	96	11	96	11	174	38	160	38	160	38
Calabria	138	85	289	89	138	81	138	81	138	81	138	81	138	81	170	41	253	45	260	72
Sicilia	450	150	1.295	255	1.541	283	1.117	208	703	146	574	134	423	107	685	137	1.735	299	2.002	585
Sardegna	184	80	150	40	156	40	174	22	152	17	152	17	152	12	230	12	350	38	382	50
ITALIA	23.765	3.134	27.544	4.065	20.445	2.321	13.417	1.942	10.280	87	9.557	887	9.527	934	15.217	1.730	30.915	3.570	29.763	3.844

Numero posti letto COVID privati - Rilevazione M&S su dati regionali aprile 2021 -

	marzo		aprile		maggio		giugno		luglio		agosto		settembre		ottobre		novembre		dicembre	
	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI
Piemonte	118	13	520	35	501	22	318	5	191	5	120	124	124	124	1	631	14	756	19	
Valle d'Aosta	-	-	35	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	-	60	-	60	-
Lombardia	3.536	260	4.258	283	2.391	141	997	38	389	26	266	22	217	7	755	26	2.759	133	2.151	120
PA di Bolzano	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-
PA di Trento	22	-	72	-	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	76	-
Veneto	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32
Friuli Venez	30	-	66	-	116	-	80	-	50	-	-	-	-	-	55	-	80	-	80	-
Liguria	24	-	48	-	48	-	48	-	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emilia Rom	68	21	948	21	1.110	17	352	17	47	17	16	17	7	17	11	17	331	17	783	12
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	70	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	516	75	516	75	192	59	132	59	80	59	80	59	80	59	212	67	424	93	478	96
Abruzzo	170	22	187	22	173	16	29	16	29	16	29	16	29	16	82	8	260	8	260	8
Molise	16	7	16	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	525	-	525	-
Puglia	292	89	337	84	289	74	237	71	149	4	149	4	81	4	154	13	515	35	501	35
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	-	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	71	20
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA	6.872	678	9.358	736	6.911	448	3.792	300	2.392	176	1.961	186	1.669	134	2.638	141	7.257	479	7.308	498

5. METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE DELL'INCREMENTO TARIFFARIO PER RICOVERI COVID E STIMA IMPATTO

Con riferimento ai ricoveri ospedalieri il Ministero della salute dispone del flusso informativo SDO, che le regioni trasmettono con cadenza mensile, potendo entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento trasmettere eventuali integrazioni.

Al fine di garantire uniformità di codifica ed elaborazioni omogenee a livello nazionale sull'assistenza ai casi di COVID-19, il Ministero della salute ha predisposto specifiche *"Linee guida per la codifica della SDO per casi affetti da malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)"* (Circolare n. 7648-20/03/2020), il DM 28 ottobre 2020 *"Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008"*, a cui è seguito il documento *"Classificazione della Malattia da SARS-CoV-2 (COVID 19) e sue manifestazioni cliniche e linee guida di codifica della SDO"* (Circolare n. 2494-03/02/2021).

Tuttavia, le regioni e province autonome hanno in alcuni casi utilizzato differenti sistemi di codifica delle informazioni. Il DM 28 ottobre 2020 ha previsto la possibilità di ricodifica delle SDO prodotte con i criteri di codifica antecedenti. L'attività di ricodifica delle SDO è ancora in corso.

In attesa del completamento della ricodifica delle SDO da parte delle regioni e province autonome, l'identificazione dei ricoveri COVID a livello centrale a partire dalle SDO non risulta completa e confrontabile a livello interregionale.

In considerazione delle problematiche connesse alla disomogenea codifica di ricoveri COVID da parte delle regioni nelle SDO, si è reso necessario acquisire l'informazione da altre banche dati. Quindi, si è provveduto sia a richiedere all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il numero dei ricoveri in cui il paziente sia risultato positivo al tampone (intendendo per tali i ricoveri inclusi quelli riferiti ai deceduti ed escludendo i ricoveri successivi nello stesso ospedale, cosiddetti trasferimenti interni), per mese e regione nell'anno 2020; sia a richiedere (nel mese di aprile 2021), alle regioni e province autonome di fornire l'informazione dei ricoveri dei pazienti COVID e non COVID sui posti letto attivi.

Da un confronto tra il numero di ricoveri COVID forniti dall'ISS e dalle regioni e province autonome in sede di compilazione del questionario, sono emersi alcuni scostamenti determinati dalle seguenti principali motivazioni:

1. la rilevazione ISS prende a riferimento il numero di ricoveri erogati sia dalle strutture pubbliche sia private per regione e mese di ammissione - conteggiando i ricoveri multipli dello stesso caso, ad eccezione dei ricoveri successivi nello stesso ospedale (assunti come trasferimenti interni) di pazienti con tampone positivo, mentre la rilevazione riportata nel questionario prende a riferimento il flusso SDO, ossia i dimessi del mese (che possono non coincidere con i ricoverati ammessi) selezionati secondo i criteri identificati a livello regionale (es. Veneto ed Emilia Romagna);
2. i ricoveri regionali dalle SDO includono anche pazienti COVID che i clinici hanno codificato con diagnosi COVID senza fare il tampone (es. Lombardia, Emilia Romagna).

Dal momento che il criterio di estrazione dei ricoveri forniti dall'ISS è analogo per tutte le regioni, mentre il numero di ricoveri fornito dalle regioni e province autonome ad aprile 2021, oltre ad essere incompleto, in quanto non tutte le regioni hanno fornito risposta al questionario (Marche, Campania, Calabria e Sardegna), potrebbe non essere confrontabile sia a causa dei criteri di estrazione non omogenei adottati localmente che a causa della incompletezza dei dati forniti, in quanto talvolta le basi informative regionali non sono ancora consolidate, si è ritenuto di utilizzare per le stime il numero dei ricoveri forniti dall'ISS ai quali, per il calcolo delle giornate erogate, è stata associata la degenza media osservata dalle SDO, distintamente per area medica e terapia intensiva, relative ai DRG selezionati come più rappresentativi della casistica COVID dalle società scientifiche. Le giornate erogate sono poi state distinte tra tipologia di erogatori sulla base della

proporzione della casistica osservata dai predetti dati SDO.

Qui di seguito si riporta la tabella riassuntiva dei suddetti dati e le relative differenze per regione:

ANNO 2020 - NUMERO RICOVERI COVID - RILEVAZIONE Mds SU DATI REGIONALI APRILE 2021												
	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	TOTALE
Piemonte	-	2.278	5.246	2.585	627	158	82	149	1.528	7.746	6.359	26.758
Valle d'Aosta	-	78	231	89	14	5	4	6	90	394	283	1.194
Lombardia	161	18.326	20.715	7.214	2.012	914	610	811	3.859	17.966	14.409	86.997
PA Bolzano	-	309	495	174	39	17	16	26	223	996	695	2.990
PA Trento	-	268	549	201	17	6	10	24	149	761	1.065	3.050
Veneto	17	2.008	3.132	1.122	267	141	175	346	1.223	4.862	7.244	20.537
Friuli Venezia G	-	265	395	220	167	37	37	63	239	1.278	2.092	4.793
Liguria	7	1.002	2.031	1.004	363	116	70	306	976	2.824	1.964	10.663
Emilia Romagna	75	5.856	6.757	2.580	697	298	233	426	1.601	6.041	6.533	31.097
Toscana	2	1.010	2.071	753	217	106	103	259	1.371	4.573	3.302	13.767
Umbria	-	289	473	386	247	141	140	175	277	521	427	3.076
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	3	1.022	1.234	791	571	440	431	432	833	1.396	1.432	8.586
Abruzzo	-	222	565	387	148	87	73	121	381	1.047	1.150	4.181
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	-	40	557	521	212	116	118	251	470	1.715	2.499	6.499
Basilicata	-	22	63	54	3	-	1	3	54	211	224	635
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	8	244	661	444	244	233	249	377	1.004	2.641	2.468	8.573
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	273	33.239	45.175	18.525	5.845	2.815	2.352	3.775	14.278	54.972	52.146	233.396

numero ricoveri ISS	DIFF ISS - Mds aprile 2021	DIFF ISS - SDO
21.331	-5.427	-22.603
1.221	27	-532
100.297	13.300	-1.771
2.536	-454	
3.645	595	-1.393
23.408	2.871	-14.655
4.162	-631	-6.034
13.039	2.376	-2.230
33.141	2.044	-18.636
9.182	-4.585	-23.339
2.939	-137	-3.831
17.834	9.248	-21.804
4.976	795	-4.055
10.608	4.109	-5.242
497	-138	-2.491
11.067	2.494	-13.135
259.883	26.487	-141.751
negativi	-11.372	-141.751
positivi	37.859	0

Ai fini dell'applicazione dell'incremento tariffario, si precisa che, in considerazione della disomogenea codifica dei ricoveri COVID adottata nelle singole regioni e della conseguente difficoltà a selezionare presso il Ministero della salute i DRG in cui tali ricoveri sono esitati, si è ritenuto opportuno definire un incremento tariffario per ricovero COVID, differenziato per pazienti COVID transitati in reparti di terapia intensiva e per pazienti trattati esclusivamente in reparti di area medica, indipendentemente dal DRG e volto a remunerare esclusivamente i maggiori costi che le strutture ospedaliere sostengono per tali ricoveri. Si è ritenuto di limitare l'applicazione dell'incremento tariffario ai soli ricoveri COVID con durata di degenza superiore a una giornata.

Considerando che l'obiettivo dell'incremento tariffario è la remunerazione dei maggiori costi sostenuti per i ricoveri COVID rispetto ai costi sostenuti per gli stessi DRG prima della pandemia COVID, ai fini della determinazione dell'incremento tariffario, si è ritenuto necessario disporre delle seguenti informazioni:

- A. numero di ricoveri COVID
- B. durata della degenza di tali ricoveri in reparti di terapia intensiva e di area medica
- C. maggiori costi associati a tali ricoveri

- A. Come detto, in considerazione della disomogeneità della codifica dei ricoveri COVID, non essendo al momento possibile identificarli nei dati SDO, il numero di ricoveri COVID è stato richiesto all'Istituto Superiore di Sanità, ricordando che si considerano ricoveri COVID i soli ricoveri in cui il paziente sia risultato positivo al tampone.

Si riporta di seguito il riepilogo dei predetti ricoveri per mese e regione (inclusi i ricoveri riferiti ai deceduti ed escludendo i ricoveri successivi nello stesso ospedale, cosiddetti trasferimenti interni):

ANNO 2020 - ISS - NUMERO RICOVERI COVID

Regione	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	TOTALE
Piemonte	29	1.636	2.029	1.341	583	381	370	557	3.411	7.344	3.650	21.331
Valle d'Aosta	2	214	109	14	9	2	7	10	221	414	219	1221
Lombardia	1.920	35.102	12.342	2.826	939	630	946	1.391	12.456	21.950	9.795	100.297
Bolzano	10	527	227	32	16	18	16	38	332	880	440	2536
Trento	0	761	425	49	7	5	15	37	264	1.117	965	3645
Veneto	128	4.102	2.123	487	95	114	207	499	2.269	6.371	7.013	23.408
Friuli-Venezia Giulia	7	664	255	72	30	22	37	79	474	1.329	1193	4162
Liguria	64	3.350	1.746	392	146	80	122	544	2.472	2.751	1.372	13.039
Emilia-Romagna	256	8.840	4.629	1.194	284	201	223	488	2.881	7.486	6.659	33.141
Toscana	9	1.757	986	198	60	29	91	241	914	3.199	1.698	9.182
Umbria	0	367	128	28	9	10	22	59	596	1.074	646	2939
Marche	55	1.822	455	30	3	10	23	55	388	739	713	4293
Lazio	40	1.662	931	224	130	184	393	1.180	3.824	5.169	4.097	17.834
Abruzzo	24	791	512	108	25	20	47	94	704	1.628	1023	4976
Molise	0	61	22	19	4	2	3	15	70	204	113	513
Campania	8	832	347	60	39	82	149	405	1.657	2.717	1.300	7.596
Puglia	23	1.089	717	124	20	26	207	437	1.527	3.937	2.501	10.608
Basilicata	0	64	55	3	1	2	1	18	124	190	39	497
Calabria	0	228	137	25	12	5	24	54	293	878	434	2090
Sicilia	4	775	466	67	38	70	137	568	2.264	4.084	2.594	11.067
Sardegna	8	269	167	30	10	9	77	240	658	923	933	3324
Totale	2.587	64.913	28.808	7.323	2.460	1.902	3.117	7.009	37.799	74.384	47.397	277.699

L'ISS non dispone di informazioni relative alla durata della degenza, pertanto, si è stabilito di utilizzare la degenza media osservata nella base dei dati SDO relativi al periodo febbraio-dicembre 2020 disponibili presso il Ministero della salute. In assenza di informazioni univoche in grado di identificare i ricoveri COVID, si è stabilito, inoltre, attraverso la consultazione delle società scientifiche, di selezionare tutti i ricoveri afferenti ai DRG ritenuti più rappresentativi della casistica COVID, di seguito elencati, ottenibili secondo le regole di codifica predisposte dal Ministero della salute (in alcuni casi in associazione a specifici codici di diagnosi).

elenco DRG dopo consultazione società scientifiche

079	091	100
080	092	101
081	093	102
085	094	417
086	095	421 solo se presente diagnosi in qualsiasi campo da 460xx-519xx (malattia respiratoria)
087	096	565
088	097	566
089	098	575 solo se presente diagnosi in qualsiasi campo da 460xx-519xx (malattia respiratoria)
090	099	576 solo se presente diagnosi in qualsiasi campo da 460xx-519xx (malattia respiratoria)

La degenza media è stata calcolata con riferimento ai ricoveri afferenti ai DRG selezionati, sopra elencati, distintamente per i ricoveri transitati / non transitati in terapia intensiva, evidenziando la differenza tra l'anno 2020 e l'anno 2019, in particolare:

- calcolo della degenza media distinta tra i reparti di area medica e i reparti di terapia intensiva osservata nel 2019 e nel 2020;
- calcolo della differenza 2020-2019 della degenza media distintamente nei reparti di area medica e nei reparti di terapia intensiva.

Di seguito la tabella che riassume le evidenze sopra descritte:

	DEG MEDIA AREA MEDICA	DEG MEDIA TI	DIFF DEG MEDIA AREA MEDICA	DIFF DEG MEDIA TI
2019 ricoveri di area medica	9,80	-		
2019 ricoveri transitati in TI	7,20	7,49		
2020 ricoveri di area medica	11,54	-	1,74	
2020 ricoveri transitati in TI	7,71	8,36	0,51	0,87

Si precisa che le predette degenze medie riferite agli anni 2019 e 2020 si riferiscono al periodo marzo-dicembre 2020, in considerazione del ridotto numero dei ricoveri COVID nel mese di febbraio 2020.

B. I maggiori costi dei ricoveri COVID sono determinati da:

a) maggiori costi di assistenza per singola giornata di ricovero, distinta tra degenza in terapia intensiva e degenza in area medica, dei ricoveri COVID vs i costi dei ricoveri pre-COVID, ugualmente distinti nella durata della degenza in terapia intensiva ovvero area medica, da valutare con riferimento alla durata media della degenza osservata nel periodo pre-COVID nelle due aree di riferimento;

b) costi associati alla maggiore durata di degenza nelle due aree di riferimento.

Allo scopo di determinare l'incremento tariffario, i costi forniti dalle singole regioni sono stati distinti tra fissi e variabili. Per ciascuna voce di costo è stato calcolato il valore medio e, successivamente, è stato determinato il differenziale tra l'importo relativo al 2019 (ante COVID) e l'importo relativo al 2020.

costi variabili	costi fissi
beni sanitari (incl. farmaci, emoderivati, ossigeno, dispositivi, DPI)	Personale (incl. Irap)
servizi sanitari	Pulizie (inclusi costi per sanificazione) *
prestazioni intermedie	manutenzioni/noleggi
beni non sanitari (inclusi tute, calzari e altri DPI non sanitari)	ammortamenti
servizi alberghieri	utenze
servizi non sanitari	godimento beni di terzi
trasporti	mensa dipendenti
	oneri e imposte
* costi per pulizie che vengono comunque sostenuti per tenere a disposizione i posti letto	

	Costi di produzione per giornata di degenza	
	2019	2020
PIEMONTE	NON UTILIZZABILE	
VALLE D'AOSTA	SI	SI
LOMBARDIA	SI	SI
PA bolzano	SI	SI
PA trento		
VENETO	SI	SI
FRIULI VG		
LIGURIA	SI	SI
EMILIA ROMAGNA	SI	SI
TOSCANA	SI	SI
UMBRIA	SI	SI
MARCHE	-	-
LAZIO	NON UTILIZZABILE	
ABRUZZO		
MOLISE	SI	SI
CAMPANIA	-	-
PUGLIA	SI	SI
BASILICATA	NON UTILIZZABILE	
CALABRIA	-	-
SICILIA	SI	SI
SARDEGNA	-	-

Al fine di determinare gli incrementi tariffari si è proceduto per passi successivi:

- Calcolo dei maggiori costi secondo i seguenti criteri:
 - o calcolo dei differenziali di costo per giornata di degenza 2020-2019 relativi distintamente a reparti di area medica e a reparti di terapia intensiva
 - o calcolo del costo pieno per giornata di degenza nel 2020 relativo distintamente a reparti di area medica e a reparti di terapia intensiva

Le regioni Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Liguria, Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Molise, Puglia e Sicilia hanno trasmesso informazioni sui costi di produzione medi, per gli anni 2019 e 2020, per giornata di degenza in reparti di Terapia intensiva e di Area medica. La provincia autonoma di Bolzano ha fornito le informazioni sui costi di produzione medi per i medesimi anni 2019 e 2020 per giornata di degenza solo con riferimento all'area medica, mentre la regione Umbria li ha forniti, per il corrispondente periodo 2019 – 2020, solo per la terapia intensiva. Non è stato possibile utilizzare i dati relativi ai costi forniti dalle regioni Piemonte, Lazio e Basilicata in quanto privi del dettaglio richiesto e/o relativi a stime di costi da letteratura.

Qui di seguito si riporta la tabella di sintesi relativa alla tipologia di erogatori presi a riferimento dalle regioni che hanno fornito i costi medi per giornata di degenza:

Tipologia di erogatori presso cui sono stati stimati i costi medi per giornata di degenza

Valled'Aosta	pubblico
Lombardia	pubblico
PA Bolzano	pubblico
Veneto	pubblico
Emilia Romagna	pubblico
liguria	pubblico
Toscana	pubblico
Umbria	pubblico
Puglia	pubblico
Molise	privato Neuromed
Sicilia	pubblico

Nell'ipotesi che il costo medio per giornata di degenza fornito, secondo i criteri indicati, sia rappresentativo del costo di ciascuna regione, si è ritenuto di attribuire un peso sulla base dei ricoveri COVID erogati da ciascuna regione, da utilizzare per la stima dei costi medi necessari per la determinazione della maggiorazione tariffaria e delle funzioni di attesa. I pesi sono stati calcolati, per ciascuna regione rapportando il numero di ricoveri rilevati dalle SDO 2019 e 2020 relativi all'elenco di DRG, indicati dalle società scientifiche, al numero totale di ricoveri relativi alle regioni che hanno trasmesso i dati di costo. La ponderazione si riferisce ai dati di costo medi per giornata di degenza forniti dalle 11 regioni, ma considerato che la PA di Bolzano e la regione Molise li hanno forniti solo per una delle due aree, la ponderazione per l'area medica e per la terapia intensiva è stata effettuata su 10 regioni. La scelta del sistema di ponderazione, nella metodologia di calcolo delle tariffe, deriva dalle seguenti considerazioni.

Una semplice media aritmetica del costo per giornata di degenza di 10 Regioni, cioè somma del costo unitario giornata di degenza di 10 Regioni diviso 10 sarebbe non corretta, in quanto non tiene conto dei diversi ammontare dei ricoveri; le Regioni hanno ammontare di popolazione differenti (ad esempio la Lombardia ha circa 10 milioni di abitanti, mentre il Molise ha meno di 300 mila abitanti) e diverse strutture per sesso ed età (con diverse percentuali di persone anziane). Tali differenze implicano una diversa propensione al ricovero. Per tener conto di queste differenze strutturali è necessario utilizzare la media aritmetica ponderata che è una media che attribuisce un peso a ciascun valore, in questo contesto i ricoveri costituiscono i pesi, al fine di tenere conto della loro importanza relativa. Inoltre:

1. La pesatura delle osservazioni regionali in base alla numerosità dei casi trattati è un procedimento necessario al fine di rendere il valore del costo per giornata rappresentativo dell'universo nazionale.
2. La pesatura si è resa necessaria in considerazione dell'aumento dell'ampiezza del campione rispetto al panel originario di tre regioni.
3. La pesatura è opportuna anche per ridurre l'influenza di valori outlier prodotta dall'inclusione delle piccole regioni (Valle d'Aosta e Molise).
4. La pesatura per frequenza è favorita dal miglioramento della qualità del dato della numerosità dei ricoveri Covid-19 scaturito dal confronto tra fonte ISS, questionari regionali e fonte SDO.
5. Il calcolo del costo medio ponderato tiene conto del maggior impegno organizzativo sostenuto dalle regioni a più elevato impatto del COVID 19, quali ad es. la Lombardia, a giustificazione della maggiorazione tariffaria riconosciuta per remunerare i maggiori costi connessi all'emergenza pandemica.
6. La scelta di utilizzare la media ponderata dei costi medi per giornata di degenza forniti dalle regioni (peraltro quasi interamente riferiti a strutture pubbliche, con la sola eccezione del Molise che ha fornito i costi della struttura privata accreditata NEUROMED) consente di determinare una tariffa massima nazionale più rappresentativa della casistica nazionale, oltre che più congrua per quelle regioni laddove l'impatto pandemico è stato maggiore. Resta sempre valida la possibilità per le regioni, come previsto nell'articolo 2, comma 5 e articolo 4, comma 6 del presente decreto, di articolare le maggiorazioni tariffarie e le funzioni di attesa per tipologie di strutture riconoscendo importi inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività, definite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, di minore complessità.

A seguito dell'elaborazione dei dati forniti dalle suddette regioni, è stato calcolato l'importo della maggiorazione tariffaria, distinta per l'area di terapia intensiva e medica, relativa ai ricoveri entro il valore della degenza media osservata nel 2019 risultante nella base informativa SDO ed ai ricoveri la cui durata della degenza media supera quella osservata nel 2019.

Di seguito la tabella che riassume i valori tariffari presi a riferimento:

MAGGIORAZIONE RICOVERI (valori arrotondati)		
	DIFF 2020-2019 COSTI PERSONALE + VARIABILI	COSTO PIENO 2020
	tariffa pro-die Incrementale	tariffa pro-die degenza aggiuntiva
	SI APPLICA ALLA DEG MEDIA 2019	SI APPLICA ALLA DEG MEDIA INCREMENTALE
TERAPIA INTENSIVA	735,00	2.240,00
AREA MEDICA	267,00	630,00

- calcolo delle componenti degli incrementi tariffari:

- componente A: maggiori costi di assistenza per la durata di degenza osservata nel 2019
 - ricoveri di area medica: maggiori costi per giornata * degenza media 2019
 - ricoveri transitati in terapia intensiva: somma di maggiori costi per giornata in area medica * degenza media 2019 in area medica + maggiori costi per giornata in terapia intensiva * degenza media 2019 in terapia intensiva:

Qui di seguito, si riporta la tabella riepilogativa:

	maggiorazione tariffaria per ricovero - componente A	AREA MEDICA VAR COSTO MEDIO * DEG MEDIA AREA MED 2019	TI COSTO TI * deg media TI 2019	totale componente A
ricovero area med	A_med =arrotonda (267 euro * 9,8gg)	2.617,00	-	2.617,00
ricovero transitato TI	A_TI =arrotonda (735 euro * 7,49gg) + 267 euro * 7,2gg)	1.922,00	5.505,00	7.427,00

- componente B: costi pieno per la maggiore degenza osservata nel 2020:
 - ricoveri di area medica: costo pieno per giornata * maggiore degenza media 2020
 - ricoveri transitati in terapia intensiva: somma di costo pieno per giornata in reparti area medica * maggiore degenza media 2020 in area medica + costo pieno per giornata in terapia intensiva * maggiore degenza media 2020 in terapia intensiva

Qui di seguito, si riporta la tabella riepilogativa:

	maggiorazione tariffaria per ricovero - componente B	AREA MEDICA COSTO AREA MEDICA*var DEG MEDIA In area medica	TI COSTO TI * var deg media TI	totale componente B
ricovero area med	B_med =arrotonda (630 euro * 1,74gg)	1.096,00	-	1.096,00
ricovero transitato TI	B_TI =arrotonda (2240 euro * 0,87gg) + (630 euro * 0,51gg)	321,00	1.949,00	2.270,00

- calcolo delle maggiorazioni tariffarie per ricovero:

- ricoveri di area medica: somma della componente A e della componente B relative alle giornate di area medica;
- ricoveri transitati in terapia intensiva: somma della componente A e della componente B relative alle giornate di area medica e di terapia intensiva.

Pertanto, l'incremento tariffario è pari a 3.713 euro per ricovero COVID di area medica e pari a 9.697 euro per ricovero COVID transitato in terapia intensiva.

Qui di seguito, si riporta la tabella riepilogativa:

	ricoveri area medica	ricoveri tranistati TI
Tariffa incrementale singolo ricovero = somma di:		
componente A: differenza costi personale e variabili * degenza media 2019 (copre i maggiori costi del COVID)	2.617,00	7.427,00
componente B: costo pieno 2020 * differenza di degenza (copre i costi della maggiore degenza)	1.096,00	2.270,00
TOTALE TARIFFA INCREMENTALE	3.713,00	9.697,00

Gli effetti finanziari conseguenti all'introduzione delle maggiorazioni tariffarie si possono stimare valorizzando i ricoveri COVID erogati dalle strutture private accreditate con il SSN e non accreditate, coinvolte nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, calcolati secondo il metodo sopra descritto al fine di valutare la compatibilità finanziaria con quanto prescritto dalla legge con riferimento agli erogatori privati accreditati e non accreditati qualora coinvolte nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27. Si ricorda altresì come le presenti tariffe per gli erogatori pubblici siano lo strumento di valorizzazione della remunerazione delle prestazioni rese a fronte di un sistema di fattori produttivi, che soggiace anche a regole specifiche, per i quali si sono prodotti gli effetti sull'indebitamento netto a partire dalla rilevazione dei singoli costi.

L'impatto relativo agli erogatori privati di cui sopra è pari a 187.967.337 euro, nei termini di seguito riportati in tabella:

EROGATORI PRIVATI - RICOVERI ISS FEBBRAIO-DICEMBRE 2020 - IMPATTO TARIFFE E FUNZIONE ATTESA COVID			
	IMPATTO MAGGIORAZIONE TARIFFARIA RICOVERI COVID - FEBBRAIO-DICEMBRE 2020 RICOVERI > 1 g		
	RICOVERI COVID AREA MEDICA	RICOVERI COVID TRANSITATI TI	TOTALE IMPATTO TARIFFA AGGIUNTIVA
Piemonte	4.882.182	1.316.771	6.198.953
Valle d'Aosta	493.799	-	493.799
Lombardia	85.374.351	14.693.721	100.068.072
Bolzano	322.481	-	322.481
Trento	752.587	-	752.587
Veneto	6.000.526	1.962.055	7.962.581
Friuli-Venezia Giu	312.981	-	312.981
Liguria	4.917.253	2.753.062	7.670.314
Emilia-Romagna	8.629.046	154.982	8.784.027
Toscana	901.678	43.111	944.789
Umbria	9.138	-	9.138
Marche	996.049	-	996.049
Lazio	23.254.116	6.791.369	30.045.485
Abruzzo	725.232	14.523	739.755
Molise	148.170	16.863	165.033
Campania	4.380.755	698.397	5.079.151
Puglia	9.467.016	1.693.252	11.160.268
Basilicata	-	-	-
Calabria	480.019	-	480.019
Sicilia	4.572.156	666.449	5.238.605
Sardegna	392.587	150.662	543.249
TOTALE	157.012.123	30.955.215	187.967.337

6. METODOLOGIA PER LA STIMA DI IMPATTO DELLE FUNZIONI

1. Costi di attesa posti letto COVID

Con riferimento alla remunerazione dei costi di attesa sostenuti dagli erogatori pubblici e privati accreditati e non accreditati coinvolti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, per la gestione dei posti letto COVID che non sono stati occupati, sono individuati i seguenti criteri di determinazione, al fine di garantire omogeneità di definizione a livello nazionale.

Vista la diversità degli assetti organizzativi regionali approntati per la gestione dell'emergenza COVID, le singole regioni e province autonome potranno riconoscere effettivamente tali costi di attesa agli erogatori privati facenti parte della rete COVID, nei limiti dei costi effettivamente sostenuti per l'allestimento e l'attesa di posti letto per acuti per pazienti COVID nelle discipline medico-infermieristiche e di terapia intensiva istituiti, ai sensi dei Piani regionali di cui all'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge n. 18/2020, tenendo conto di quanto previsto dall'articolo 4, comma 1, del decreto legge n. 34/2020.

L'importo della funzione e della valorizzazione tariffaria aggiuntiva COVID non può comunque eccedere i costi effettivamente sostenuti dagli erogatori e rendicontati, al netto di quanto già percepito dalla struttura a titolo di riconoscimento corrisposto dalla regione/provincia autonoma, ai sensi degli accordi e contratti rinegoziati, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto-legge n. 34/2020.

In vigore degli accordi e dei contratti rinegoziati, il riconoscimento, liquidazione e pagamento della funzione è, in ogni caso, subordinato, per ciascun erogatore, alla verifica dei costi di attesa effettivamente sostenuti in relazione ai posti letto realmente non occupati e non compensati da altra attività comunque erogata dalla struttura a valere sui medesimi posti letto ai sensi degli accordi e contratti sottoscritti per l'anno 2020. Spetta alle singole regioni/province autonome richiedere agli erogatori specifica documentazione attestante i costi di attesa effettivamente sostenuti ai fini della conseguente verifica.

La funzione di attesa deve essere determinata prevedendo la remunerazione dei soli costi fissi, ivi ricomprendendo quelli del personale relativi ai posti letto COVID non occupati (intendendo per non occupati, liberi da altre prestazioni comunque erogate dalla struttura), definiti dalle regioni e province autonome.

2. Stima di impatto per le funzioni di attesa dei posti letto COVID

Preliminarmente si rappresenta che la stima di impatto dell'erogazione delle funzioni da parte delle regioni alle proprie strutture pubbliche e private accreditate e non accreditate, coinvolte nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, di propria competenza, dovrebbe tenere conto di quanto dalle stesse Regioni/PA è già stato previsto a titolo di riconoscimento delle funzioni assistenziali previste dalla normativa vigente (articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992) e di quanto corrisposto ai sensi degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 con i singoli erogatori, nonché degli ulteriori accordi stipulati ai sensi dell'articolo 3 del decreto legge n. 18/2020 e dell'articolo 4, comma 1, del decreto-legge n. 34/2020 per fronteggiare l'emergenza COVID e, infine, degli importi a qualsiasi titolo corrisposti dalle regioni alle strutture di propria competenza, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 5 del decreto-legge n. 34/2020.

Le regioni e province autonome, infatti, attraverso lo strumento di governo dei budget nei confronti degli erogatori di propria competenza – sia pubblici che privati – stabiliscono gli ambiti riservati a ciascun erogatore, nel rispetto dei propri fabbisogni e degli obiettivi della propria programmazione, nonché delle risorse complessivamente disponibili e nel rispetto della garanzia dell'equilibrio del proprio servizio sanitario.

Non disponendo di informazioni di dettaglio per ciascuna regione, si procede a stimare il valore massimo dell'impatto derivante dall'applicazione delle funzioni di attesa relativi ai posti letto COVID non occupati, secondo il seguente approccio metodologico.

Preliminarmente, in analogia a quanto in precedenza riportato, si rappresenta che la stima di impatto viene operata con riferimento agli erogatori privati accreditati e non accreditati, coinvolti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, essendo tale valutazione direttamente connessa ad effetti sulla compatibilità economico finanziaria del presente provvedimento ed essendo già inglobati sull'indebitamento netto gli effetti del sistema dei costi del settore pubblico.

Ai fini della stima dell'impatto economico sono necessarie le seguenti informazioni:

- A. numero di posti letto COVID forniti nel mese di aprile 2021 dalle regioni in sede di compilazione del questionario afferenti alle discipline di TI (codice 49) e di area medica nel periodo febbraio -dicembre 2020, distinti per tipologia di erogatori (effettiva per le regioni che hanno fornito le informazioni ad aprile 2021 e stimata per quelle che non hanno fornito i dati);
- B. numero di ricoveri COVID comunicati dall'ISS e stima della distribuzione tra pubblici e privati accreditati sulla base delle informazioni desunte dalla banca dati SDO 2020;

- C. durata della degenza di tali ricoveri desunta dalla banca dati SDO 2020;
- D. numero di giornate in cui i posti letto COVID non sono stati occupati né utilizzati per rendere prestazioni;
- E. costi fissi associati a tali giornate di degenza.

A. Il dettaglio dei posti letto COVID afferenti alle discipline di terapia intensiva (codice 49) e di area medica forniti nel mese di aprile 2021 dalle regioni e stimate per le regioni per le quali mancava l'informazione è riportato nelle tabelle successive, articolati tra pubblici e privati accreditati e non

Numero posti letto COVID pubblici - Rilevazione Mds su dati regionali aprile 2021

	marzo		aprile		maggio		giugno		luglio		agosto		settembre		ottobre		novembre		dicembre	
	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI
Piemonte	2.010	288	3.474	411	2.639	301	1.376	143	878	99	603	87	605	91	1.108	115	4.197	327	4.026	333
Valle d'Aosta	73	30	219	20	55	15	25	10	5	10	5	10	5	10	49	12	129	22	73	17
Lombardia	7.839	721	8.217	1.071	4.665	354	1.930	137	871	33	747	28	683	33	1.895	156	5.853	537	4.728	480
PA di Bolzano	144	55	191	67	102	47	68	41	66	35	66	35	67	35	148	47	390	51	367	51
PA di Trento	351	82	330	86	295	53	340	51	340	51	340	51	340	51	340	51	484	78	528	90
Veneto	4.932	359	4.932	405	4.932	122	4.932	19	4.932	16	4.932	23	4.932	59	4.932	161	5.826	552	5.826	598
Friuli Venezia G	156	71	229	88	187	39	114	39	56	39	56	39	56	39	291	65	562	53	696	66
Liguria	71	18	1.265	299	1.180	158	598	99	286	56	217	28	197	28	438	60	1.094	136	1.101	145
Emilia Romagna	4.066	517	3.303	442	1.613	244	712	156	643	118	529	122	574	106	1.400	165	2.698	310	2.832	296
Toscana	1.306	324	1.118	291	620	175	248	83	248	83	242	81	254	93	924	197	1.764	331	1.329	289
Umbria	107	34	146	38	60	15	39	19	33	20	34	20	40	21	106	30	219	49	203	38
Marche	88	115	916	140	862	42	241	28	84	8	52	4	83	7	188	27	617	71	500	70
Lazio	373	59	569	74	479	61	327	53	262	39	248	44	248	45	467	87	739	140	723	135
Abruzzo	135	34	227	41	245	36	129	14	79	12	72	12	71	12	110	26	264	44	332	49
Molise	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	23	4	72	12	72	12
Campania	417	114	548	164	478	119	325	87	272	84	288	56	426	61	1.201	188	1.935	299	1.838	240
Puglia	81	58	81	58	344	112	423	87	117	50	117	50	138	48	409	91	1.672	198	1.776	190
Basilicata	96	36	96	36	96	36	68	11	96	11	96	11	96	11	124	38	160	38	160	38
Calabria	158	25	209	85	158	21	158	21	154	31	164	31	164	41	179	41	255	45	260	72
Sicilia	450	150	1.295	255	1.541	283	1.117	208	703	146	574	134	423	107	685	137	1.735	299	2.002	585
Sardegna	154	80	156	40	156	40	174	22	152	17	152	17	152	82	230	82	850	88	882	50
ITALIA	23.765	3.134	27.544	4.065	20.445	2.921	13.417	1.342	10.280	957	9.557	887	9.527	934	15.217	1.730	80.915	3.570	29.763	3.644

Numero posti letto COVID privati - Rilevazione Mds su dati regionali aprile 2021

	marzo		aprile		maggio		giugno		luglio		agosto		settembre		ottobre		novembre		dicembre	
	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI	area medica	TI
Piemonte	118	13	520	35	501	22	318	5	191	5	120	-	124	-	239	1	631	14	756	19
Valle d'Aosta	-	-	35	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	-	60	-	60	-
Lombardia	3.536	260	4.258	283	2.391	141	997	38	389	26	266	22	217	7	755	26	2.759	133	2.151	120
PA di Bolza	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-	99	-
PA di Trent	22	-	72	-	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	76	-
Veneto	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32	196	32
Friuli Venet	30	-	66	-	116	-	80	-	50	-	-	-	-	-	55	-	80	-	80	-
Liguria	24	-	48	-	48	-	48	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emilia Rom	68	21	948	21	1.110	17	352	17	47	17	16	17	7	17	11	17	331	17	783	12
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marche	179	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	516	75	516	75	192	59	132	59	80	59	80	59	80	59	212	67	424	93	478	96
Abruzzo	170	22	187	22	173	16	29	16	29	16	29	16	29	16	8	260	8	260	8	
Molise	16	7	16	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	525	-	525	-
Puglia	292	89	337	84	289	74	237	71	149	4	149	4	81	4	154	13	515	35	501	35
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	-	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	10	-	71	20	97	30
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA	6.872	678	9.358	756	6.911	448	3.792	300	2.392	176	1.961	186	1.669	134	2.638	141	7.257	479	7.308	498

Come già detto in precedenza, per le sole regioni che non hanno comunicato le informazioni richieste (Marche, Campania, Calabria, Sardegna), il numero di posti letto COVID è stato stimato applicando il numero dei posti letto rilevati dai modelli HSP.

Ai fini della valutazione di impatto, si è tenuto conto della numerosità dei posti letto pubblici e privati accreditati e non, forniti dalle regioni, come riportati nelle tabelle sopra riportate.

- B. Il numero di ricoveri COVID, come già specificato, è fornito dall'ISS. Ai fini della stima di impatto, tale numero di ricoveri è stato articolato tra erogatori pubblici e privati accreditati secondo la proporzione osservata in ciascuna regione nella base informativa SDO del Ministero della salute con riferimento ai ricoveri 2020 per i DRG selezionati, come detto in precedenza, attraverso la consultazione delle società scientifiche. Si evidenzia, quindi, che la stima è stata ottenuta incrociando due diverse fonti informative.
- C. Le giornate di degenza corrispondenti a tali ricoveri, distinti per regione, mese, erogatori pubblici e privati, sono state stimate applicando ai ricoveri forniti dall'ISS la degenza media osservata nell'anno 2020 per i DRG selezionati, come detto in precedenza, attraverso la consultazione delle società

scientifiche (fonte dati SDO anno 2020 disponibili presso il Ministero della salute per il periodo marzo-dicembre 2020).

- D. il numero di giornate in cui i posti letto COVID non sono stati occupati è pari alla differenza tra le giornate erogabili (pari al prodotto tra il numero di posti letto mensili ed il numero di giorni di ciascun mese ed il tasso di occupazione pari al 100%) e le giornate erogate (pari al prodotto tra il numero di ricoveri COVID forniti dall'ISS di ciascun mese e la durata media della degenza distinta in degenza in terapia intensiva ovvero in area medica) rilevate dalle SDO. La scelta del tasso di occupazione del 100% per tutte le regioni e per tutti i mesi dell'anno indistintamente per area medica e terapia intensiva, deriva dalla variabilità della composizione della casistica per tipo di struttura e nei singoli mesi. In un limitato numero di casi, il calcolo delle giornate in cui i giorni in cui posti letto non sono occupati, pari alla differenza tra le giornate erogabili e le giornate erogate, è risultato negativo. Ciò è imputabile principalmente, alle seguenti motivazioni:
1. alcune regioni (es. Liguria, Toscana e Sicilia) hanno coinvolto nell'attività legata al COVID meno strutture private accreditate rispetto alle giornate erogate stimate applicando la proporzione rilevata dai dati SDO ai ricoveri ISS. Oltretutto il coinvolgimento delle stesse non è stato costante per tutto l'anno, ma solo per alcuni mesi e non necessariamente per entrambe le discipline di area medica e terapia intensiva. Ne consegue, quindi, che il sopra descritto correttivo, utilizzato per rendere coerente l'attività effettivamente erogata dai privati accreditati nei termini comunicati dalle regioni e province autonome con il più volte citato questionario, ha comportato un calcolo delle giornate "vuote" cui applicare le funzioni più aderente alla reale attività resa dai privati accreditati;
 2. il tasso di occupazione dei posti letto, in alcuni periodi di più alto picco pandemico, potrebbe superare il 100% in quanto lo stesso posto letto potrebbe essere stato occupato da due pazienti nello stesso giorno (un paziente dimesso ed uno ammesso) (es. Lombardia);
 3. in qualche mese, il numero delle giornate erogate stimate a partire dai ricoveri ISS ai quali è stato associata la degenza media osservata dalle SDO, distintamente per area medica e terapia intensiva, della selezione dei DRG ritenuti più rappresentativi della casistica COVID dalle società scientifiche, potrebbe essere inficiato dal fatto che se la durata del ricovero è articolata su più mesi, potrebbe essere attribuito al mese di dimissione il numero di giornate erogate complessive (riferite a più mesi), comportando così un valore negativo tra giornate erogabili e giornate erogate.

Per stimare al meglio il numero delle giornate risultanti "vuote" (non occupate) è stato applicato il correttivo di seguito esposto: nel caso in cui dai dati forniti dalle regioni e province autonome, in sede di compilazione del questionario, è risultato evidente un coinvolgimento parziale del privato accreditato per una sola parte dell'anno e/o per una sola delle discipline (area medica o terapia intensiva), le giornate erogabili e le giornate erogate sono state rideterminate coerentemente con l'effettiva attività resa dai privati accreditati.

- E. Sulla base delle analisi condotte il Ministero della salute ha valutato una funzione di attesa per giornata di 1.467,00 euro per i posti letto di terapia intensiva e di 447,00 euro per i posti letto di area medica. Tali importi, tuttavia, non possono che essere considerati una ipotesi massima, dal momento che ogni regione dovrà determinarli tenendo conto dei costi fissi effettivamente sostenuti dagli erogatori e rendicontati dalle strutture per i posti letto non occupati e degli importi già corrisposti a ciascun erogatore.

Volendo, pertanto, assumere come importo massimo quello derivante dall'applicazione di una funzione per giornata di posto letto di terapia intensiva contrattualizzato non occupato pari ai citati 1.467,00 euro e pari a 447,00 euro per i posti letto di area medica, l'impatto associabile al periodo febbraio-dicembre 2020, per gli erogatori privati accreditati e non, coinvolti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito,

con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, è pari a euro 405.454.217, al lordo di quanto già eventualmente riconosciuto dalle regioni e province autonome agli erogatori per il periodo di interesse.

EROGATORI PRIVATI - IMPATTO FUNZIONE ATTESA COVID	
	IMPATTO FUNZIONE ATTESA PL NON OCCUPATI (marzo-dicembre 2020)
Piemonte	42.165.285
Valle d'Aosta	2.414.639
Lombardia	152.796.206
Bolzano	12.895.903
Trento	2.064.025
Veneto	30.623.196
Friuli-Venezia Giu	7.159.113
Liguria	771.414
Emilia-Romagna	46.061.529
Toscana	-
Umbria	-
Marche	1.442.469
Lazio	34.462.022
Abruzzo	20.671.723
Molise	1.051.679
Campania	10.945.242
Puglia	39.727.996
Basilicata	-
Calabria	-
Sicilia	201.775
Sardegna	-
TOTALE	405.454.217

3. Stima di impatto per la funzione di attesa per il pronto soccorso in relazione all'emergenza pandemica

Preliminarmente si rappresenta che il Pronto Soccorso, in relazione all'emergenza pandemica, è trattato da:

- articolo 4-bis, comma 3 del decreto-legge n. 18/2020 *"Il triage per i pazienti che si recano autonomamente in pronto soccorso deve avvenire in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso, al fine di consentire alle strutture sanitarie di svolgere al contempo le ordinarie attività assistenziali"*
- articolo 2, comma 4 del decreto-legge n. 34/2020 *"Le regioni e le province autonome, che abbiano individuato unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti dal COVID-19, nell'ambito delle strutture ospedaliere, provvedono a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale e assicurano la ristrutturazione dei reparti di pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti di COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi"*
- articolo 4, comma 3 del decreto-legge n. 34/2020 *"la specifica funzione assistenziale è determinata con riferimento alle attività effettivamente svolte e ai costi effettivamente sostenuti dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e della circolare della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute n. 2627 del 1° marzo 2020, nonché sostenuti dagli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, relativi: [...] b) all'allestimento e ai costi di attesa di reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, istituiti su indicazione della regione"*.

Le regioni possono riconoscere la funzione di attesa del pronto soccorso COVID, attivato su indicazione di ciascuna regione, ai sensi dei Piani regionali di cui all'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge

n. 18/2020, tenendo conto di quanto previsto dall'articolo 4, comma 4, del decreto-legge n. 34/2020, agli erogatori privati accreditati, coinvolti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, nei limiti dei costi effettivamente sostenuti per l'allestimento e l'attesa.

La funzione di attesa del pronto soccorso COVID è determinata dalle regioni, ai sensi del comma 3 dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto del volume dell'attività svolta.

L'importo della funzione da riconoscere agli erogatori non può comunque eccedere i costi effettivamente sostenuti dagli stessi erogatori e rendicontati, al netto di quanto già remunerato dalla regione a titolo di anticipazione, ai sensi degli accordi e contratti rinegoziati e ai sensi dell'articolo 4, comma 4, del decreto-legge n. 34/2020, ed al netto di donazioni e di quanto fornito o rimborsato dalla Protezione civile.

In vigenza degli accordi e dei contratti rinegoziati, il pagamento della funzione è, in ogni caso, subordinato, per ciascun erogatore, alla verifica dei costi di attesa effettivamente sostenuti e non compensati da altra attività comunque erogata dalla struttura ai sensi dei citati accordi e contratti rinegoziati e/o dal finanziamento a funzione per il pronto soccorso ordinariamente già riconosciuto. Spetta alle singole regioni richiedere agli erogatori specifica documentazione attestante i costi di attesa effettivamente sostenuti.

Per stimare l'impatto della funzione di attesa per il pronto soccorso sarebbe necessario disporre di informazioni relative a:

- a. numero e dimensionamento dei Pronto soccorso, già esistenti o di nuova attivazione, coinvolti nell'emergenza COVID;
- b. costi di allestimento (apparecchiature acquistate, sanificazione, smaltimento rifiuti, pulizie)⁴;
- c. personale (numero operatori per ciascuna figura professionale e relativi costi);
- d. numero di accessi;
- e. costi di assistenza relativi a farmaci ed esami diagnostici (laboratorio, diagnostica per immagini) erogati ai soli pazienti sospetti COVID non ricoverati (per quelli ricoverati sono inclusi nella tariffa DRG); costi smaltimento rifiuti;
- f. costi di dispositivi medici se non forniti dal SSR e/o dalla Protezione civile, nei limiti del rimborso dei costi sostenuti per l'acquisto secondo i protocolli in uso presso il SSR;
- g. costi generali.

Nella determinazione della funzione di PS COVID, le regioni devono tener conto dei costi effettivamente sostenuti e rimasti effettivamente a carico delle singole strutture, tenendo conto di quanto finanziato in merito alle funzioni assistenziali ex articolo 8-sexies del decreto legislativo 502/1992 con specifico riferimento alle *"attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza [...]"*. Le regioni, inoltre, devono tener conto degli importi corrisposti dal Commissario straordinario per l'emergenza COVID per l'allestimento dei percorsi separati ed eventualmente a titolo di ristoro, ai sensi dell'articolo 4, comma 5-bis, del decreto-legge 34/2020.

Il Ministero della salute, al fine di acquisire dalle regioni elementi informativi per valutare l'impatto del riconoscimento della funzione per i PS in relazione all'emergenza sanitaria, ha chiesto alle regioni e province autonome, nel mese di aprile 2021, informazioni sui costi del Pronto soccorso COVID. Solo la Regione Piemonte ha fornito le informazioni richieste, specificando i costi del Personale per i punti pre-

⁴ Per le opere edilizie strettamente necessarie a rendere le strutture idonee all'accoglienza e alla assistenza per l'attivazione, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, di aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza COVID-19, sino al termine dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020, si veda il comma 4 dell'articolo 4 del dl 18/2020 (50 mln ex art. 20 legge 67/88).

trriage e i costi sostenuti per l'allestimento dei punti pre-trriage non coperti da finanziamenti specifici o da trasferimenti della Protezione civile. Il Ministero della salute ha chiesto, inoltre, informazioni in merito agli importi relativi, per l'anno 2020, alle citate funzioni assistenziali ex articolo 8-sexies del decreto legislativo 502/1992 relative alle "attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza [...]". Solo le regioni Lombardia, Veneto e Lazio hanno fornito informazioni in merito.

In considerazione di ciò, pertanto, si rende necessario stimare la funzione per il Pronto soccorso COVID a partire dal numero degli accessi risultanti dal flusso EMUR, distintamente per gli erogatori pubblici e privati accreditati come risultanti dall'anagrafica HSP11-11bis, per gli anni 2019 e 2020.

Dal predetto flusso risultano presenti Pronto soccorso presso strutture private accreditate nelle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, per un totale di 61 erogatori. Tali Pronto soccorso assorbono complessivamente meno del 10% degli accessi, pur con evidenti differenze tra regioni.

Non essendo possibile identificare gli accessi di Pronto soccorso per COVID o sospetto COVID nel flusso EMUR, si è stabilito di stimarne il numero utilizzando come proxy il numero di accessi con diagnosi relative all'apparato respiratorio (codici ICD9CM da 460.* a 519.*).

EROGATORI PRIVATI - NUMERO ACCESSI PRONTO SOCCORSO PER REGIONE - ANNI 2019 - 2020

	numero erogatori privati	numero accessi		di cui numero accessi patologie apparato respiratorio		delta 2020-2019		% delta 2020-2019	
		2019	2020	2019	2020	totale accessi	di cui apparato respiratorio	totale accessi	di cui apparato respiratorio
PIEMONTE	1	39.245	11.569	707	271	-27.676	-436	-71%	-62%
LOMBARDIA	27	655.262	447.680	20.450	17.270	-207.582	-3.180	-32%	-16%
VENETO	6	123.797	81.433	2.826	1.802	-42.364	-1.024	-34%	-36%
LIGURIA	2	65.748	33.740	918	1.343	-32.008	425	-49%	46%
EMILIA ROMAGNA	1	3.125	1.845	68	26	-1.280	-42	-41%	-62%
LAZIO	13	513.633	340.205	27.426	17.339	-173.428	-10.087	-34%	-37%
CAMPANIA	4	111.274	60.878	1.076	594	-50.396	-482	-45%	-45%
PUGLIA	4	148.045	82.315	2.096	844	-65.730	-1.252	-44%	-60%
CALABRIA	1	9.899	3.253	79	32	-6.646	-47	-67%	-59%
SICILIA	2	84.778	54.351	1.208	899	-30.427	-309	-36%	-26%
TOTALE	61	1.754.806	1.117.269	56.854	40.420	-637.537	-16.434	-36%	-29%

EROGATORI PRIVATI - NUMERO ACCESSI PRONTO SOCCORSO PER STRUTTURA - ANNI 2019 - 2020

STRUTTURA	Denominazione struttura finale	TIPO STRUTTURA	Totale Numero Accessi PS				Numero Accessi PS apparato respiratorio			
			2019	2020	Delta 20-19	Delta %	2019	2020	Delta 20-19	Delta %
01089200	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	PRIV. EQUIPARATA	39.245	11.569	-27.676	-71%	707	271	-436	-62%
03009700	ISTITUTO CLINICO CITTA' STUDI - MILANO	PRIVATA ACCREDITATA	31.555	22.360	-9.195	-29%	874	976	102	12%
03011200	IST. CLINICO S.AMBROGIO SPA-MILANO	PRIVATA ACCREDITATA	14.038	9.565	-4.473	-32%	190	170	-20	-11%
03011600	CLINICA POLISPECIALISTICA SAN CARLO - S.	PRIVATA ACCREDITATA	19.504	15.883	-3.621	-19%	294	418	124	42%
03036700	OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO	PRIV. EQUIPARATA	15.401	12.601	-2.800	-18%	448	354	-94	-21%
03001700	CASA DI CURA MATER DOMINI - CASTELLANZA	PRIVATA ACCREDITATA	31.007	18.119	-12.888	-42%	704	682	-22	-3%
03002900	OSP. SACRA FAMIGLIA - F.B.F. - ERBA	PRIV. EQUIPARATA	29.998	20.017	-9.981	-33%	1.505	919	-586	-39%
03003000	OSPEDALE VALDUCE	PRIV. EQUIPARATA	26.027	15.964	-10.063	-39%	2.280	1.305	-975	-43%
03003100	OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA	PRIV. EQUIPARATA	7.915	4.536	-3.379	-43%	298	58	-240	-81%
03010600	CASA DI CURA POLICLINICO - MONZA	PRIVATA ACCREDITATA	16.419	12.570	-3.849	-23%	405	866	461	114%
03010700	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA-MONZA	PRIVATA ACCREDITATA	5.511	3.579	-1.932	-35%	94	68	-26	-28%
03014300	HUMANITAS GAVAZZENI	PRIVATA ACCREDITATA	32.745	19.914	-12.831	-39%	432	1.327	895	207%
03014700	POLICLINICO SAN MARCO - OSIO SOTTO	PRIVATA ACCREDITATA	21.684	14.545	-7.139	-33%	518	723	205	40%
03014800	POLICLINICO SAN PIETRO - PONTE S. PIETR	PRIVATA ACCREDITATA	40.534	25.715	-14.819	-37%	2.389	1.443	-946	-40%
03017600	ISTITUTO CLINICO S. ANNA - BRESCIA	PRIVATA ACCREDITATA	25.031	18.941	-6.090	-24%	399	574	175	44%
03017800	IST. CLIN. CITTA' DI BRESCIA - BRESCIA	PRIVATA ACCREDITATA	17.189	12.899	-4.290	-25%	296	414	118	40%
03027500	ISTITUTO CLINICO S. ROCCO S.P.A. - OME	PRIVATA ACCREDITATA	16.521	11.213	-5.308	-32%	171	346	175	102%
03029500	FONDAZIONE POLIAMBULANZA - BRESCIA	PRIVATA ACCREDITATA	74.590	49.970	-24.620	-33%	3.169	1.009	-2.160	-68%
03035500	OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	PRIVATA ACCREDITATA	15.788	10.058	-5.730	-36%	386	250	-136	-35%
03035700	OSP. SAN PELLEGRINO - CASTIGLIONE D/S	PRIVATA ACCREDITATA	26.716	18.309	-8.407	-31%	610	751	141	23%
03019800	ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO	PRIVATA ACCREDITATA	12.510	8.226	-4.284	-34%	123	238	115	93%
03093400	"CENTRO CARDIOLOGICO 'FOND. MONZINO" - M	PRIV. EQUIPARATA	11.901	10.825	-1.076	-9%	164	206	42	26%
03093500	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	PRIV. EQUIPARATA	66.214	40.230	-25.984	-39%	2.983	1.817	-1.166	-39%
03093601	IST. AUXOLOGICO ITALIANO-I.S. S.LUCA-MILA	PRIV. EQUIPARATA	10.387	1.880	-8.507	-82%	124	47	-77	-62%
03094300	IST. CLIN. HUMANITAS - ROZZANO	PRIV. EQUIPARATA	51.883	34.452	-17.431	-34%	944	1.271	327	35%
03094601	ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA - MILAN	PRIV. EQUIPARATA		10.984	10.984		-	3	3	
03094700	I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	PRIV. EQUIPARATA	25.534	16.173	-9.361	-37%	405	568	163	40%
03094800	IRCCS MULTIMEDICA - MILANO	PRIV. EQUIPARATA	8.660	8.152	-508	-6%	245	467	222	91%
05014900	GVM CORTINA S.R.L.	PRIVATA ACCREDITATA	932	3.305	2.373	255%	10	28	18	180%
05015000	Casa di Cura Santa Maria Maddalena	PRIV. EQUIPARATA		2.361	2.361		-	28	28	
05015100	Casa di Cura Madonna della Salute	PRIV. EQUIPARATA		9.005	9.005		-	119	119	
05012300	CASA DI CURA ABANO TERME POLISPEC. E TER	PRIVATA ACCREDITATA	38.397	24.693	-13.704	-36%	749	414	-335	-45%
05001700	OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	PRIV. EQUIPARATA	48.619	20.849	-27.770	-57%	1.355	710	-645	-48%
05002200	CASA DI CURA PEDERZOLI	PRIV. EQUIPARATA	35.849	21.220	-14.629	-41%	712	503	-209	-29%
07002500	E.O. OSPEDALI GALLIERA	PRIV. EQUIPARATA	44.967	26.393	-18.574	-41%	558	1.237	679	122%
07005102	EVANGELICO-SAN CARLO VOLTRI	PRIV. EQUIPARATA	20.781	7.347	-13.434	-65%	360	106	-254	-71%
08022000	CASA DI CURA PROF. NOBILI S.P.A.	PRIVATA ACCREDITATA	3.125				68	26		
				1.845	-1.280	-41%			-42	-62%
12021200	ISTIT CHIR ORTOP TRAUMATOLOGICO	PRIVATA ACCREDITATA	19.183	13.056	-6.127	-32%	14	5	-9	-64%
12021500	CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA	PRIVATA ACCREDITATA	41.303	27.406	-13.897	-34%	1.094	653	-441	-40%
12007100	OSPEDALE SAN PIETRO - FBF	PRIV. EQUIPARATA	29.675	28.851	-824	-3%	1.096	834	-262	-24%
12007200	OSPEDALE SAN GIOVANNI CALIBITA - FBF	PRIV. EQUIPARATA	35.940	22.349	-13.591	-38%	928	426	-502	-54%
12007300	OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY	PRIV. EQUIPARATA	23.797	14.636	-9.161	-38%	615	419	-196	-32%
12007400	OSP. GEN. DI ZONA 'CRISTO RE'	PRIV. EQUIPARATA	26.476	17.221	-9.255	-35%	781	423	-358	-46%
12018000	AURELIA HOSPITAL	PRIVATA ACCREDITATA	24.102	15.174	-8.928	-37%	640	320	-320	-50%
12007600	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	PRIV. EQUIPARATA	39.790	21.031	-18.759	-47%	1.102	1.086	-16	-1%
12029400	POLICLINICO CASILINO	PRIVATA ACCREDITATA	81.260	59.948	-21.312	-26%	1.766	1.520	-246	-14%
12013400	CASA DI CURA S.ANNA POMEZIA	PRIVATA ACCREDITATA	21.552	12.550	-9.002	-42%	599	374	-225	-38%
12090401	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	PRIV. EQUIPARATA	58.341	37.641	-20.700	-35%	9.868	6.030	-3.838	-39%
12090402	OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'	PRIV. EQUIPARATA	30.985	19.359	-11.626	-38%	5.752	3.973	-1.779	-31%
12090501	POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI	PRIV. EQUIPARATA	81.229	50.983	-30.246	-37%	3.171	1.276	-1.895	-60%
15002100	CASA DI CURA PINETA GRANDE	PRIVATA ACCREDITATA	40.211	14.816	-25.395	-63%	14	13	-1	-7%
15007300	CASA DI CURA OSPEDALE FATEBENEFRATELLI	PRIV. EQUIPARATA	18.965	10.642	-8.323	-44%	403	196	-207	-51%
15019600	FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA	PRIV. EQUIPARATA	25.640	17.385	-8.255	-32%	284	155	-129	-45%
15008400	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI SRL	PRIVATA ACCREDITATA	26.458	18.035	-8.423	-32%	375	230	-145	-39%
16007800	OSPEDALE REGIONALE EE 'MIULLI'	PRIV. EQUIPARATA	41.500	24.729	-16.771	-40%	915	398	-517	-57%
16014700	CASA DI CURA C.B.H. MATER DEI HOSPITAL	PRIVATA ACCREDITATA	18.873	13.246	-5.627	-30%	245	102	-143	-58%
16008000	OSPEDALE REGIONALE EE 'G. PANICO'	PRIV. EQUIPARATA	37.461	15.593	-21.868	-58%	623	164	-459	-74%
16090500	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	PRIV. EQUIPARATA	50.211	28.747	-21.464	-43%	313	180	-133	-42%
18002500	CASA DI CURA TRICARICO ROSANO SRL	PRIVATA ACCREDITATA	9.899	3.253	-6.646	-67%	79	32	-47	-59%
19017900	FOND. IST. S. RAFFAELE - GIGLIO	PRIV. EQUIPARATA	24.975	14.491	-10.484	-42%	65	207	142	218%
19019900	OSP. BUCCHERI LA FERLA FATEBENEFRATELLI	PRIV. EQUIPARATA	59.803	39.860	-19.943	-33%	1.143	692	-451	-39%

Il numero totale di accessi di pronto soccorso passa, negli anni 2019-2020, da 20.487.923 a 11.327.567, con una riduzione del 45% (-9.160.356 accessi).

Si riduce anche il numero di accessi legati a diagnosi relative all'apparato respiratorio, sia per gli erogatori pubblici (-304.794 accessi, pari al 46%), sia per gli erogatori privati accreditati (-16.393 accessi, pari al 29%).

ANNI 2019 - 2020 - TOTALE NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO

	2019			2020			DIFF 2020 - 2019			% DIFF 2020 - 2019		
	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE
PIEMONTE	1.648.276	39.245	1.687.521	531.270	11.569	542.839	-1.117.006	-27.676	-1.144.682	-68%	-71%	-68%
VALLE D'AOSTA	47.613	-	47.613	17.826	-	17.826	-29.787	-	-29.787	-63%	-	-63%
LOMBARDIA	2.897.474	655.262	3.552.736	1.751.250	447.680	2.198.930	-1.146.224	-207.582	-1.353.806	-40%	-32%	-38%
PROV. AUTON.	265.724	-	265.724	171.335	-	171.335	-94.389	-	-94.389	-36%	-	-36%
PROV. AUTON.	221.225	-	221.225	102.629	-	102.629	-118.596	-	-118.596	-54%	-	-54%
VENETO	1.697.530	123.797	1.821.327	981.277	81.433	1.062.710	-716.253	-42.364	-758.617	-42%	-34%	-42%
FRIULI VENEZIA	432.898	-	432.898	289.476	-	289.476	-143.422	-	-143.422	-33%	-	-33%
LIGURIA	528.865	65.748	594.613	312.598	33.740	346.338	-216.267	-32.008	-248.275	-41%	-49%	-42%
EMILIA ROMAG	1.881.224	3.125	1.884.349	1.100.566	1.845	1.102.411	-780.658	-1.280	-781.938	-41%	-41%	-41%
TOSCANA	1.341.872	-	1.341.872	846.132	-	846.132	-495.740	-	-495.740	-37%	-	-37%
UMBRIA	366.480	-	366.480	152.139	-	152.139	-214.341	-	-214.341	-58%	-	-58%
MARCHE	503.129	-	503.129	277.782	-	277.782	-225.347	-	-225.347	-45%	-	-45%
LAZIO	1.292.196	513.633	1.805.829	819.696	340.205	1.159.901	-472.500	-173.428	-645.928	-37%	-34%	-36%
ABRUZZO	514.016	-	514.016	282.959	-	282.959	-231.057	-	-231.057	-45%	-	-45%
MOUSE	95.127	-	95.127	43.943	-	43.943	-51.184	-	-51.184	-54%	-	-54%
CAMPANIA	1.271.413	111.274	1.382.687	567.312	60.878	628.190	-704.101	-50.396	-754.497	-55%	-45%	-55%
PUGLIA	1.016.165	148.045	1.164.210	611.662	82.315	693.977	-404.503	-65.730	-470.233	-40%	-44%	-40%
BASILICATA	175.901	-	175.901	108.087	-	108.087	-67.814	-	-67.814	-39%	-	-39%
CALABRIA	456.899	9.899	466.798	79.167	3.253	82.420	-377.732	-6.646	-384.378	-83%	-67%	-82%
SICILIA	1.613.590	84.778	1.698.368	978.221	54.351	1.032.572	-635.369	-30.427	-665.796	-39%	-36%	-39%
SARDEGNA	465.500	-	465.500	184.971	-	184.971	-280.529	-	-280.529	-60%	-	-60%
TOTALE	18.733.117	1.754.806	20.487.923	10.210.298	1.117.269	11.327.567	-8.522.819	-637.537	-9.160.356	-45%	-36%	-45%

ANNI 2019 - 2020 - NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO PER DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO

	2019			2020			DIFF 2020 - 2019			% DIFF 2020 - 2019		
	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE	PUBBLICI	PRIVATI	TOTALE
PIEMONTE	70.287	705	70.992	29.706	271	29.977	-40.581	-434	-41.015	-58%	-62%	-58%
VALLE D'AOSTA	1.452	-	1.452	767	-	767	-685	-	-685	-47%	-	-47%
LOMBARDIA	138.073	20.137	158.210	80.253	16.868	97.121	-57.820	-3.269	-61.089	-42%	-16%	-39%
PROV. AUTON.	12.209	-	12.209	6.850	-	6.850	-5.359	-	-5.359	-44%	-	-44%
PROV. AUTON.	9.410	-	9.410	3.347	-	3.347	-6.063	-	-6.063	-64%	-	-64%
VENETO	65.623	2.806	68.429	35.044	1.792	36.836	-30.579	-1.014	-31.593	-47%	-36%	-46%
FRIULI VENEZIA	12.716	-	12.716	6.469	-	6.469	-6.247	-	-6.247	-49%	-	-49%
LIGURIA	21.022	902	21.924	12.488	1.339	13.827	-8.534	437	-8.097	-41%	48%	-37%
EMILIA ROMAG	71.357	64	71.421	51.558	26	51.584	-19.799	-38	-19.837	-28%	-59%	-28%
TOSCANA	61.018	-	61.018	33.029	-	33.029	-27.989	-	-27.989	-46%	-	-46%
UMBRIA	7.998	-	7.998	2.992	-	2.992	-5.006	-	-5.006	-63%	-	-63%
MARCHE	13.262	-	13.262	7.948	-	7.948	-5.314	-	-5.314	-40%	-	-40%
LAZIO	43.042	27.229	70.271	27.992	17.199	45.191	-15.050	-10.030	-25.080	-35%	-37%	-36%
ABRUZZO	10.367	-	10.367	5.307	-	5.307	-5.060	-	-5.060	-49%	-	-49%
MOUSE	2.359	-	2.359	1.057	-	1.057	-1.302	-	-1.302	-55%	-	-55%
CAMPANIA	23.863	1.055	24.918	9.542	576	10.118	-14.321	-479	-14.800	-60%	-45%	-59%
PUGLIA	19.789	2.062	21.851	10.615	829	11.444	-9.174	-1.233	-10.407	-46%	-60%	-48%
BASILICATA	5.189	-	5.189	2.464	-	2.464	-2.725	-	-2.725	-53%	-	-53%
CALABRIA	10.932	63	10.995	1.176	30	1.206	-9.756	-33	-9.789	-89%	-52%	-89%
SICILIA	48.628	1.188	49.816	27.502	888	28.390	-21.126	-300	-21.426	-43%	-25%	-43%
SARDEGNA	18.414	-	18.414	6.110	-	6.110	-12.304	-	-12.304	-67%	-	-67%
TOTALE	667.010	56.211	723.221	362.216	39.818	402.034	-304.794	-16.393	-321.187	-46%	-29%	-44%

Osservando la contrazione del numero di accessi tra il 2019 e il 2020, si può ritenere che, in ragione del conseguente minore impegno per le patologie non COVID, si riduca una parte dei costi per tali pazienti, mentre contestualmente alla realizzazione di Pronto soccorso COVID si generano nuovi costi, nonostante una riduzione anche del numero di accessi per diagnosi legate all'apparato respiratorio, in considerazione di una diversa organizzazione del PS COVID.

I Pronto soccorso sono dimensionati in base al numero di accessi previsti, secondo cluster dimensionali legati principalmente al numero di unità di personale necessarie per il corretto funzionamento. Ci sono alcune regioni (es. Piemonte, Lombardia, Veneto, Lazio e Campania) che remunerano il pronto soccorso, attraverso la somma di una tariffa per accesso e della funzione di attesa. Alcune di esse individuano dei cluster di pronto soccorso (sulla base di range di accessi) e riconoscono un importo per ogni accesso, fino ad una determinata

soglia annua, oltre la quale remunerano un importo più basso (es. Campania) oppure altre (es. Lombardia) che riconoscono una quota proporzionale al superamento di accessi rispetto a quella soglia.

La riduzione degli accessi nel 2020 ha comportato pertanto costi cessanti nella misura in cui i pronto soccorso hanno "scalato" il cluster (minori accessi = minore dotazione per garantire turni = minori costi) che tuttavia non sono proporzionali alla variazione del volume di accessi. Al contempo, in considerazione della necessità di attivare nel 2020 i PS COVID le regioni e province autonome hanno dovuto dimensionare l'organico di personale da impiegare negli stessi.

In relazione alle informazioni raccolte che appaiono molto parziali, non si ritiene possibile quantificare esattamente i costi cessanti ed i costi sorgenti. Tuttavia, l'elevata riduzione del numero di accessi (in valore assoluto pari a 637.537 minori accessi per i privati accreditati, con una percentuale compresa tra il -32% ed il -71%), consente di ipotizzare la modifica del cluster relativo alle singole strutture, con il passaggio a classi di minore dimensione, generando così una minore spesa, correlata alla riduzione del personale impiegato (costi cessanti).

Parallelamente, appare ragionevole affermare che i costi emergenti per i Pronto soccorso COVID, trovino un'adeguata compensazione dal momento che il ridotto volume di accessi relativi alle patologie dell'apparato respiratorio (proxy degli accessi COVID), complessivamente pari a 39.818 accessi nell'anno 2020 e, con riferimento ai singoli erogatori privati accreditati, non superiori ai 6.500 accessi per erogatore nell'anno 2020, comporti un dimensionamento degli stessi PS COVID secondo cluster di dimensione non elevata.

Volendo, comunque, fare una stima dell'impatto, per i soli Pronto soccorso privati accreditati, derivante dal riconoscimento della funzione di PS COVID, si ipotizza di stimare i costi cessanti applicando la tariffa pari alla media tra le tariffe per accesso massime di 3 regioni (Lombardia, Lazio e Campania), pari a 108 euro al minor numero degli accessi di PS, al netto di quelli per diagnosi dell'apparato respiratorio osservato nel 2020 (proxy dei PS COVID). I costi emergenti derivanti dalla necessità di organizzare i PS COVID si stimano applicando lo stesso valore tariffario medio al numero degli accessi stimati di PS COVID osservati nel 2020.

Ne consegue che a fronte di un minor costo pari a 67.083.552 euro (= 108 euro*minori accessi di PS (637.537), al netto di quelli stimati come accessi COVID (16.393), pari a 621.144), si avrebbero maggiori costi per 4.300.344 euro (108 euro*accessi PS COVID stimati nel 2020 pari a 39.818). Il delta tra minori e maggiori costi ammonterebbe a minori costi complessivi per 62.783.208 euro (-67.832.552+4.300.344).

EROGATORI PRIVATI - STIMA IMPATTO COSTI CESSANTI E COSTI EMERGENTI

	COSTI CESSANTI valore tariffario riduzione accessi privati	COSTI EMERGENTI valore tariffario accessi privati apparato resporatprio	DIFFERENZA
PIEMONTE	-2.942.136	29.268	-2.912.868
VALLE D' AOSTA	0	-	0
LOMBARDIA	-22.065.804	1.821.744	-20.244.060
PROV. AUTON. BOLZ	0	-	0
PROV. AUTON. TREN	0	-	0
VENETO	-4.465.800	193.536	-4.272.264
FRIULI VENEZIA GIUL	0	-	0
LIGURIA	-3.504.060	144.612	-3.359.448
EMILIA ROMAGNA	-134.136	2.808	-131.328
TOSCANA	0	-	0
UMBRIA	0	-	0
MARCHE	0	-	0
LAZIO	-17.646.984	1.857.492	-15.789.492
ABRUZZO	0	-	0
MOLISE	0	-	0
CAMPANIA	-5.391.036	62.208	-5.328.828
PUGLIA	-6.965.676	89.532	-6.876.144
BASILICATA	0	-	0
CALABRIA	-714.204	3.240	-710.964
SICILIA	-3.253.716	95.904	-3.157.812
SARDEGNA	0	-	0
TOTALE	-67.083.552	4.300.344	-62.783.208

Considerato quanto sopra riportato, in merito ai limiti informativi inerenti i Pronto soccorso, si ritiene che, anche nell'ipotesi in cui le regioni e province autonome corrispondano integralmente la remunerazione a funzione di attesa del Pronto soccorso, non direttamente collegata ai volumi di attività resi dalla struttura, il differenziale tra costi cessanti e costi emergenti, pari a 62,8 mln di euro circa, possa compensare sia gli eventuali maggiori oneri derivanti dal maggior impegno del personale impiegato nel percorso PS COVID sia i costi di allestimento dei percorsi separati come richiesti dalle norme, tenendo anche conto del trasferimento di parte del personale del PS NO COVID verso il PS COVID.

7. VERIFICA COMPATIBILITÀ FINANZIARIA

Sulla base di quanto esposto ai precedenti paragrafi 5 e 6, si ritiene di dover stimare l'impatto con riferimento al riconoscimento del solo incremento tariffario dei ricoveri COVID che, sulla base di quanto riportato nel paragrafo 5, ammonta a **euro 187.967.337 euro**.

Con riferimento, invece, alle funzioni, considerato che il presente decreto deve indicare le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale, la quantificazione dell'impatto economico delle funzioni relative al costo di attesa dei posti letto COVID attivati dalle regioni e province autonome presso erogatori privati accreditati e autorizzati, coinvolti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, è stata operata prendendo a riferimento la metodologia descritta nel precedente paragrafo 6.2

Sulla base della metodologia sopra descritta per la determinazione della funzione, si dovrebbe tenere conto di quanto le regioni e province autonome abbiano già corrisposto a titolo di riconoscimento delle funzioni assistenziali previste dalla normativa vigente (articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992) e di quanto corrisposto ai sensi degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 con i singoli erogatori, nonché degli ulteriori accordi stipulati ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge n. 18/2020 e dell'articolo 4 del decreto-legge n. 34/2020 per fronteggiare l'emergenza COVID e, infine, degli importi a qualsiasi titolo corrisposti dalle regioni alle proprie strutture, in applicazione di quanto

previsto dall'articolo 4, del decreto legge n. 34/2020.

Al riguardo, si fornisce qui di seguito il dettaglio delle funzioni riconosciute dalle regioni nel corso del 2020:

Funzioni assistenziali ex articolo 8-sexies, comma 2, d.lgs. 502/92

Codice Regione	Denominazione Regione	Valori Somma di a) programmi a forte integrazione [...], assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;	Somma di b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione e della prestazione o del servizio reso alla persona;	Somma di c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;	Somma di d) programmi di assistenza a malattie rare;	Somma di e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza [...]	Somma di f) programmi sperimentali di assistenza;	Somma di g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi [...]	Somma di ALTRO (Specificare)	Somma di Importo riconosciuto alle strutture per Funzioni assistenziali
010	PIEMONTE		4.109.262							4.109.262
030	LOMBARDIA	10.816.045	1.559.310	114.254	1.480.292	55.633.254	39.481.699	431.524	5.983.623	115.500.000
050	VENETO				9.395.000			13.415.000		22.810.000
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	34.971.427	6.942.387	215.804					5.089.430	47.219.047
090	TOSCANA	853.825							624.521	1.478.346
120	LAZIO		677.150		3.150.840	133.278.531		7.980.783	918.081	146.005.385
Totale complessivo		46.641.298	13.288.108	330.057	14.026.132	188.911.785	39.481.699	21.827.307	12.615.654	337.122.040

Del resto, sono le regioni e province autonome che, attraverso lo strumento di governo dei budget nei confronti dei propri erogatori – sia pubblici che privati accreditati–, stabiliscono gli ambiti riservati a ciascun erogatore, nel rispetto dei propri fabbisogni e degli obiettivi della propria programmazione, nonché delle risorse complessivamente disponibili, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del proprio servizio sanitario.

Il presente decreto prevede il richiamo al rispetto della cornice normativa in materia di accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e limita il riconoscimento delle funzioni ai soli costi effettivamente sostenuti e rendicontati che, verosimilmente, sono diversi tra singoli erogatori.

Per quanto riguarda il pronto soccorso non sono presenti oneri aggiuntivi.

Tutto ciò premesso, si ritiene di riportare qui di seguito, a titolo informativo, la stima di impatto delle due diverse tipologie di remunerazione dei ricoveri COVID per gli erogatori privati accreditati e non, coinvolti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, (incremento tariffario e funzioni di attesa), suddivisi per regione e provincia autonoma, nell'ipotesi di riconoscimento del valore massimo della funzione dei posti letto COVID nei termini riportati nel paragrafo 6.2:

EROGATORI PRIVATI - RICOVERI ISS FEBBRAIO-DICEMBRE 2020 - IMPATTO TARIFFE E FUNZIONE ATTESA COVID					
	IMPATTO TARIFFA AGGIUNTIVA RICOVERI COVID - FEBBRAIO-DICEMBRE 2020 RICOVERI > 1 g			IMPATTO FUNZIONE ATTESA PL NON OCCUPATI (marzo-dicembre 2020)	TOTALE IMPATTO
	RICOVERI COVID AREA MEDICA	RICOVERI COVID TRANSITATI TI	TOTALE IMPATTO TARIFFA AGGIUNTIVA		
Piemonte	4.882.182	1.316.771	6.198.953	42.165.285	48.364.238
Valle d'Aosta	493.799	-	493.799	2.414.639	2.908.437
Lombardia	85.374.351	14.693.721	100.068.072	152.796.206	252.864.278
Bolzano	322.481	-	322.481	12.895.903	13.218.383
Trento	752.587	-	752.587	2.064.025	2.816.613
Veneto	6.000.526	1.962.055	7.962.581	30.623.196	38.585.777
Friuli-Venezia Giu	312.981	-	312.981	7.159.113	7.472.094
Liguria	4.917.253	2.753.062	7.670.314	771.414	8.441.729
Emilia-Romagna	8.629.046	154.982	8.784.027	46.061.529	54.845.556
Toscana	901.678	43.111	944.789	-	944.789
Umbria	9.138	-	9.138	-	9.138
Marche	996.049	-	996.049	1.442.469	2.438.518
Lazio	23.254.116	6.791.369	30.045.485	34.462.022	64.507.507
Abruzzo	725.232	14.523	739.755	20.671.723	21.411.478
Molise	148.170	16.863	165.033	1.051.679	1.216.711
Campania	4.380.755	698.397	5.079.151	10.945.242	16.024.393
Puglia	9.467.016	1.693.252	11.160.268	39.727.996	50.888.265
Basilicata	-	-	-	-	-
Calabria	480.019	-	480.019	-	480.019
Sicilia	4.572.156	666.449	5.238.605	201.775	5.440.380
Sardegna	392.587	150.662	543.249	-	543.249
TOTALE	157.012.123	30.955.215	187.967.337	405.454.217	593.421.554

A fronte di detta stima di maggiori costi, si riporta quanto previsto dalla norma al fine di verificare la compatibilità richiesta dalla legge. L'articolo 4 del decreto-legge n. 34/2020 prevede che siano stabilite con il decreto le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto-legge n. 18/2020.

Ai fini della valutazione della compatibilità finanziaria degli oneri nascenti dall'applicazione del presente decreto occorre tenere conto dei costi cessanti del sistema, ovvero costi già presenti nel sistema ma re-finalizzati all'attività COVID. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del Servizio sanitario regionale. In tali termini, ad esempio, il costo del personale già presente nel SSR che è stato dedicato all'emergenza COVID va considerato come una re-finalizzazione di attività di un fattore produttivo già presente nel sistema e pertanto già considerato a carico del FSR, così come il fisiologico *turn over*, nella consapevolezza che eventuali costi emergenti e legati al COVID trovano compatibilità anche nei costi cessanti del medesimo personale che sono già finanziati a legislazione vigente, essendo il servizio sanitario un sistema che va considerato nel suo complesso, tenendo in considerazione i fattori produttivi e le risorse già a disposizione e che naturalmente hanno contribuito ad affrontare la pandemia.

Con questa premessa, pertanto, si è proceduto a richiedere a tutte le regioni e province autonome le informazioni riguardo i costi cessanti sostenuti dagli ospedali pubblici nell'anno 2020 e i minori costi sostenuti dagli Enti del SSN per acquisto di prestazioni da privato a causa della riduzione/sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriale per effetto della pandemia.

Alla data di predisposizione della presente relazione sono pervenute le risposte da parte delle seguenti Regioni e PP/AA:

Regioni	Minori costi sostenuti dagli ospedali pubblici nell'anno 2020 a causa della riduzione / sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali per effetto della pandemia	Minori costi per acquisto di prestazioni da privato nell'anno 2020 a causa della riduzione / sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali per effetto della pandemia	TOTALE
Valori in Euro	1	2	3=1+2
PIEMONTE	-71.000.000	-39.000.000	-110.000.000
V D'AOSTA	-1.452.575	-2.581.000	-4.033.575
LOMBARDIA	-116.079.032	-267.135.628	-383.214.660
BOLZANO			
TRENTO			
VENETO	-13.007.786		-13.007.786
FRIULI			
LIGURIA	-5.181.819	-10.713.666	-15.895.485
E ROMAGNA	-4.293.207		-4.293.207
TOSCANA	-54.178.007	-43.035.978	-97.213.985
UMBRIA	-17.048.479		-17.048.479
MARCHE			
LAZIO			
ABRUZZO	-10.744.885	-12.808.927	-23.553.812
MOLISE			
CAMPANIA			
PUGLIA			
BASILICATA*	-19.819.760		-19.819.760
CALABRIA			
SICILIA*	-151.461.996	-31.025.930	-182.487.926
SARDEGNA			
TOTALE	-464.267.546	-406.301.129	-870.568.675

Fonte informativa:

Comunicazione costi cessanti da parte delle Regioni e Province Autonome a seguito richiesta da parte del Ministero della Salute tramite Commissione salute del 30 marzo 2021

*Le Regioni Basilicata e Sicilia hanno riportato sia la differenza Costi Cessanti tra il 2020 (netto covid) e il 2019 e tra il 2020 (compreso COVID) e il 2019. Gli importi riportati nella tabella sopra si riferiscono alla differenza Costi Cessanti tra il 2020 (netto covid) e il 2019.

Come si evince dalla tabella sopra riportata, non si ha una ricostruzione completa della quantificazione dei minori costi nell'anno 2020 e, allo stesso tempo, le Regioni e Province autonome che hanno risposto si sono limitate a fornire elementi di sintesi insufficienti ai fini della piena comprensione dei costi cessanti sostenuti dagli Enti del SSN nell'anno 2020 a causa della riduzione/sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali per effetto della pandemia e dei minori costi sostenuti dagli Enti del SSN legati all'acquisto delle prestazioni da privato.

Si è ritenuto, pertanto, al fine di valutare la compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del Servizio sanitario nazionale, di prendere in considerazione i dati rilevati nei modelli CE consolidati regionali (per la sola PA di Bolzano è stato preso il valore aziendale in quanto non risultava depositato a NSIS il consolidato) al IV trimestre 2020 trasmessi a NSIS, riferiti alle voci di costo relative agli acquisti da privato accreditato e alla farmaceutica convenzionata non direttamente afferenti a specifiche linee di finanziamento individuate dai decreti legge per l'emergenza COVID confrontati con le medesime voci di costo del Modello CE consolidato regionale Consuntivo 2019, considerando lo spazio economico-finanziario derivante dai minori costi rilevati nel 2020 rispetto al 2019, a causa della pandemia.

Di seguito si riportano le voci di Conto economico considerate:

BA0500	Acquisti servizi sanitari per farmaceutica - da convenzione
BA0580	Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - da privato
BA0630	Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)
BA0680	Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa - da privato (intra-regionale)
BA0690	Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa - da privato (extraregionale)
BA0790	Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica - da privato
BA0840	Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera- da privato
BA0890	Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)
BA1070	Acquisto prestazioni termali in convenzione - da privato
BA1080	Acquisto prestazioni termali in convenzione- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)
BA2730	Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato

Per ciascuna regione e provincia autonoma (e per ciascuna delle voci di CE sopra riportate), sono stati presi i dati di CE NSIS IV trimestre 2020 (estrazione NSIS del 8/05/2021 e confrontati con i dati di CE NSIS di Consuntivo 2019 (estrazione NSIS del 8/05/2021). La sommatoria della differenza dei costi rilevati tra il 2020 e il 2019 su voci di costo per acquisti da privato accreditato non legate a specifici finanziamenti relativi ai decreti-legge per l'emergenza risulta essere complessivamente pari a circa -802,510 milioni di euro, a fronte di un maggior costo, non coperto da specifici finanziamenti, derivante dall'applicazione del presente decreto, stimato nella misura massima, pari a 410,955 milioni di euro.

REGIONI		Stima impatto incrementi tariffari COVID	Stima impatto funzioni COVID	Stima impatto tariffe e funzioni COVID	Finanziamento assegnato ex Articolo 3, comma 1 e 2 dl 18/2020 (contratti erogatori privati)	delta da coprire a carico del fabbisogno sanitario standard
		1	2	3=1+2	4	5=4-3
010	Piemonte*	6.198.953	42.165.285	48.364.238	17.724.308	-30.639.931
020	Valle d'Aosta	493.799	2.414.639	2.908.437	505.009	-2.403.428
030	Lombardia	100.068.072	152.796.206	252.864.278	39.793.183	-213.071.095
041	P. A. Bolzano	322.481	12.895.903	13.218.383	2.043.413	-11.174.971
042	P. A. Trento	752.587	2.064.025	2.816.613	2.126.693	-689.920
050	Veneto	7.962.581	30.623.196	38.585.777	19.498.445	-19.087.332
060	F. V. Giulia	312.981	7.159.113	7.472.094	4.948.373	-2.523.721
070	Liguria	7.670.314	771.414	8.441.729	6.457.821	-1.983.908
080	Emilia Romagna	8.784.027	46.061.529	54.845.556	17.854.332	-36.991.224
090	Toscana	944.789	0	944.789	15.129.868	
100	Umbria	9.138	0	9.138	3.577.770	
110	Marche	996.049	1.442.469	2.438.518	6.165.729	
120	Lazio**	30.045.485	34.462.022	64.507.507	23.237.391	-41.270.116
130	Abruzzo	739.755	20.671.723	21.411.478	5.261.081	-16.150.398
140	Molise	165.033	1.051.679	1.216.711	1.240.346	
150	Campania	5.079.151	10.945.242	16.024.393	22.356.869	
160	Puglia	11.160.268	39.727.996	50.888.265	15.919.427	-34.968.838
170	Basilicata	0	0	0	2.254.047	
180	Calabria	480.019	0	480.019	7.674.192	
190	Sicilia	5.238.605	201.775	5.440.380	19.639.454	
200	Sardegna	543.249	0	543.249	6.592.252	
SOMMA		187.967.337	405.454.217	593.421.554	240.000.000	-410.954.882
minori costi privati accreditati/convenzionata 2020 vs 2019						-802.509.984

Sulla base di quanto descritto nella tabella sopra riportata, è assicurata la compatibilità economica del presente decreto.



Ministero della Salute

L'UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0013133-P-21/07/2021

I.8.d.i/4



455745442

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

OGGETTO: Schema di decreto interministeriale tra Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze per la remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19, in attuazione dell'articolo 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e successive modificazioni.

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto, per inserimento all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Sul predetto provvedimento è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze.

Il Capo di Gabinetto
Pres. Goffredo Zaccardi



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2021/70/CSR

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0012529 P-4.37.2.10

del 26/07/2021



34927047

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia
Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano
(CSR PEC LISTA 3)

E, p.c.

Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
Direzione generale
della programmazione sanitaria
dp.segreteria@sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale
dello Stato
Coordinamento delle attività dell'Ufficio del
Ragioniere generale dello Stato
**rgs.ragionieregenerale.coordinamento@p
ec.mef.gov.it**



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Oggetto: Intesa, ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, sullo schema di decreto interministeriale, tra il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, per la remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19.

Si trasmette la nota del 21 luglio 2021, con la quale l'Ufficio di Gabinetto del Ministero della salute ha inviato, al fine di sancire l'intesa in Conferenza Stato- Regioni, lo schema di decreto interministeriale indicato in oggetto, sul quale è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze.

Lo scrivente Ufficio di Segreteria, al fine di procedere all'iscrizione del provvedimento all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni, resta in attesa di ricevere, dal Coordinamento interregionale in sanità, il formale assenso tecnico.

Detta documentazione sarà resa disponibile sul sito: www.statoregioni.it, con il codice sito: 4.10/2021/70.

Il Capo del Dipartimento
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

SR