

Deliberazione della Giunta Regionale 3 agosto 2017, n. 73-5504

Approvazione delle nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per le annualità 2017-2018-2019, dello schema di contratto e dei tetti di spesa della Regione Piemonte e delle Aziende sanitarie regionali per l'annualità 2017.

A relazione dell'Assessore Saitta:

L'art. 8 bis, comma 1, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. prevede che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del richiamato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende unità sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, dalle Aziende universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies

L'art. 8 quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., prevede che l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del Servizio Sanitario presuppone, previa verifica dei fabbisogni assistenziali, la fissazione di tetti di spesa compatibili con la programmazione economica e la stipulazione di specifici accordi/contratti sulla base di uno schema tipo approvato dalla Regione. Il comma 2 del medesimo articolo dispone che *“la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale”*.

Stante la tendenziale crescita della spesa sanitaria, negli ultimi anni la “sostenibilità” e la “compatibilità” economica della programmazione sono state declinate dal legislatore con riferimento a precisi parametri atti a determinare il limite massimo di risorse assegnabili alle strutture erogatrici private accreditate. Tra l'altro, in particolare:

- l'articolo 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e modificato dall'articolo 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, legge stabilità 2016), convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135; ha previsto una diminuzione dei tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati per l'assistenza ospedaliera tale da “ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014”;
- il citato articolo 15, comma 14 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 prevede altresì, con decorrenza 2016, la possibilità per le Regioni di programmare l'acquisto di prestazioni ospedaliere di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli IRCCS a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza in deroga ai limiti sopradetti. Ciò purché, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga, si provveda ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati;
- l'articolo 9-quater, comma 7, del D.L. 19 giugno 2015, n. 78, convertito dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 ha previsto che nella definizione dei tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati per prestazioni di specialistica ambulatoriale il valore dei contratti per l'anno 2015 fosse rideterminato *“in modo da ridurre la spesa complessiva annua da privato*

accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014”;

- l'articolo 1, comma 576, della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) che ha previsto, con decorrenza dall'anno 2016, la stipula di accordi bilaterali tra le Regioni con riguardo al tema della mobilità sanitaria interregionale, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012; ancorchè la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome abbia approvato, nella riunione del 24 novembre 2016, lo schema tipo di riferimento per gli accordi bilaterali (28 novembre 2016, prot. 5544/C7SAN) il Piemonte non ha, al momento, firmato alcun accordo;
- la Conferenza delle Regioni nell'ambito dell'accordo (29 settembre 2016, prot. 16/104/CR7a/C7) sulla regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti tra le Regioni per gli anni 2014-2015 in base all'analisi dei dati 2013 - 2015 rileva il complessivo incremento della mobilità con flussi che evidenziano un andamento in molti casi non compatibile con le esigenze di certezza dei bilanci regionali. Invero, mentre la produzione pubblica ha registrato un decremento complessivo del 3%, quella ascrivibile al privato accreditato mostra un significativo incremento, in relazione al quale si è pervenuti ad abbattere forfettariamente del 50% il valore degli incrementi 2014 e 2015 rispetto agli scambi riferiti al privato accreditato del 2013.

In tale contesto, in attuazione dell'art. 15, comma 13, lett. c del D.L. n. 95/2012, a seguito di un articolato processo di rideterminazione della rete ospedaliera, anche alla luce delle indicazioni contenute nel Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 con il quale è stato approvato il *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"* - la Regione ha rivisto i fabbisogni di ricovero del SSR (DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e s.m.i.) e, con DGR 6 luglio 2015 n. 67-1716 e s.m.i., ha definito il fabbisogno ospedaliero da privato accreditato in termini di numero di posti letto, articolati per specialità, nonché quantificato i tetti di spesa massima sostenibile per il triennio 2014-2016 da contrattare con le Case di cura private e con i presidi ex artt. 42 e 43 della L. n. 833/78. Con detti provvedimenti è stata altresì quantificata la spesa massima prevista per la specialistica ambulatoriale erogata dai medesimi soggetti.

Nell'ambito del processo di revisione del sistema regionale di erogazione delle prestazioni sanitarie, con specifico riguardo alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa, si è provveduto - anche in relazione all'introduzione, ex D.M. 70/2015 della soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali da parte delle strutture con meno di 40 posti letto per acuti - a ricondurre alla chirurgia ambulatoriale complessa, ex DGR 27 luglio 2016, n. 13-3731 e DGR 16 maggio 2016, n. 35-3310, l'attività svolta per il SSR dai 3 erogatori accreditati e contrattati per l'attività di day surgery di tipo C.

Ulteriore articolata manovra di revisione è stata intrapresa sul versante della specialistica ambulatoriale erogata da privati accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali al fine di ridurre l'offerta inappropriata di prestazioni con un indice di erogazione significativamente superiore allo standard nazionale e migliorare la qualità della spesa. Con DGR 23 aprile 2014, n. 15-7486, venivano fissati gli obiettivi di contenimento della spesa e, con successiva DGR 30 maggio 2016, n. 44-3399, a seguito di un'approfondita analisi sul consumo pro capite di alcuni gruppi di prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza (A142b Radiologia diagnostica RMN, A147b Riabilitazione strumentale, A144 Laboratorio analisi), veniva approvato il documento intitolato *"Metodi e criteri generali per la ridefinizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza"*. Contestualmente venivano fissati i criteri di definizione dei limiti di spesa per l'annualità 2016 (tetto di produzione di ciascun erogatore pari al valore del liquidabile teorico massimo 2015 ridotto dell'1% ed eventuale riduzione aggiuntiva a

singoli erogatori in relazione alle prestazioni risultate inappropriate a seguito dell'analisi regionale, variabile, in misura massima del 5% su base annua da attribuire alle ASL per acquistare prestazioni connotate da tempi di attesa medio/lunghi secondo specifiche necessità) e programmata una spesa regionale complessiva massima 2016 non superiore a quella del 2015 ridotta dell'1%. Con deliberazione 27 luglio 2016, n. 13-3731, con puntuale applicazione dei citati criteri e nel rispetto dei parametri nazionali di contenimento della spesa, la Giunta regionale ha definito i tetti di spesa massima della specialistica ambulatoriale 2016 erogata da privati accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali.

Con Deliberazione 27 marzo 2017, n. 17-4816 è stato approvato il Programma regionale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019.

Tali provvedimenti si sono rivelati efficaci al conseguimento degli obiettivi attesi, tant'è che, dopo un lungo percorso di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico, il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nella riunione congiunta del 21 marzo 2017, hanno valutato positivamente la realizzazione del Piano di rientro e perseguimento dell'equilibrio economico intrapreso dalla Regione (DGR n. 1-415 del 2.8.2010, n. 44-1615 del 28.2.2011, n. 49-1985 del 29.4.2011) ed i successivi Programmi Operativi (DGR n. 25-6992 del 30.12.2013).

Per l'anno in corso, nelle more della revisione dei criteri per la determinazione della spesa regionale massima programmata nonché dei fabbisogni di prestazioni sanitarie da contrattare con gli erogatori privati accreditati, con DGR 29 dicembre 2016, n. 67-4540 è stata quantificata provvisoriamente la spesa programmata 2017 rinviando a non oltre il 30 giugno 2017 la definizione delle nuove regole di finanziamento 2017-2019. Il provvedimento ha stabilito che la produzione realizzata nel periodo transitorio indicativamente pari a un dodicesimo per mese sarebbe rientrata nell'ambito del budget annuale definitivo, che le prestazioni rese avrebbero dovuto comunque conformarsi ai bisogni espressi dalle AASSLL, in termini sia di volumi, sia di discipline, essendo, in assenza di nuove indicazioni formalizzate, le priorità ed i rapporti di riferimento quelli contenuti nell'ultimo contratto sottoscritto.

Visti altresì:

- il D.M. 21.6.2016, attuativo della legge di stabilità 2016, relativamente all'individuazione ed al monitoraggio, dal punto di vista della performance qualitativa, delle strutture da sottoporre a piani di efficientamento e riqualificazione;
- il D.M. 2.4.2015 n. 70 recante "Regolamento degli standard relativi alla assistenza ospedaliera" che identifica le soglie minime di esito e di volume di attività con riguardo ad alcune attività cliniche e stabilisce che tali soglie si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati e che le " *misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma Nazionale Esiti (PNE)* ".

In coerenza con la normativa citata, è stata pertanto avviata a livello regionale un'approfondita analisi dei dati di produzione/consumo nel triennio 2014-2016 per l'attività ospedaliera (acuzie e post-acuzie), ambulatoriale e territoriale, nonché, sotto il profilo economico, dei dati consuntivi di spesa, articolati sia per ASL di residenza dei pazienti sia per ASL di ubicazione delle strutture, finalizzata alla definizione dei criteri di finanziamento per le annualità 2017, 2018 e 2019. Con l'obiettivo di pervenire, *medio tempore* , alla contrattazione anche degli erogatori pubblici, le analisi di cui trattasi hanno portato all'individuazione di criteri di ridefinizione delle regole d'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati con il SSR, nei seguenti termini:

- a) quantificazione del limite di spesa complessivo regionale per l'annualità 2017 per l'acquisto di prestazioni di ricovero (acuzie e post-acuzie) e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati con il SSR pari alla sommatoria dei budget assegnati nel 2016;
- b) rispetto del limite finanziario ex D.L. 95/2012 a livello di ASL e non di singola struttura con conseguente passaggio dall'attuale sistema di definizione dei limiti di spesa per singolo erogatore privato alla quantificazione del vincolo complessivo per ASL e, in prospettiva, per area omogenea di programmazione;
- c) assegnazione ad ogni ASL di residenza di due tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (di cui, il primo, per le prestazioni di acuzie e, il secondo, per le prestazioni di post-acuzie) e di un ulteriore tetto di spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato per il consumo dei propri residenti;
- d) assegnazione agli erogatori accreditati di un valore annuale di riferimento definito in base al valore del budget 2016;
- e) introduzione di meccanismi di concorrenzialità nel sistema degli erogatori privati, al fine di favorire la libera scelta del cittadino del luogo di cura negli ambiti riconosciuti dalla normativa, e migliorare i livelli di efficienza della spesa e di qualità dell'assistenza erogata;
- f) definizione di meccanismi di regressione economica, differenziati per classi o tipologia di prestazioni o servizi atti, nel caso di eccedenze, a ricondurre il valore complessivo delle prestazioni erogate all'interno del vincolo di spesa dell'ASL di residenza;
- g) avvio, in attuazione del D.M. 2.4.2015 n. 70 e del D.M. 21.6.2016, di un sistema di valutazione della qualità della performance delle strutture private attraverso una prima applicazione, per il secondo semestre 2017, di alcuni indicatori previsti dal recente strumento di valutazione sintetica del Programma Nazionale Esiti (PNE) denominato "Treemap";
- h) sviluppo della funzione di committenza delle AASSLL, cui vengono attribuiti compiti di negoziazione dei fabbisogni, anche in termini di miglioramento dell'accessibilità dei pazienti alle cure, nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza e sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale;
- i) previsione di un'attività regionale di supporto alle AASSLL nella fase negoziale e di monitoraggio sull'applicazione degli indirizzi definiti, anche attraverso l'implementazione di strumenti informatici di analisi e di informazione sul fabbisogno contrattato e sulla produzione resa dai singoli erogatori.

Nel corso di una pluralità di incontri, i suddetti criteri generali sono stati illustrati e discussi con i direttori generali delle AASSLL e, ex articolo 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992, con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati (incontri del 6.6.2017, 16.6.2017, 26.6.2017, 3.7.2017, 17.7.2017) cui è stato altresì trasmesso lo schema di contratto/accordo contrattuale in data 13.7.2017 e in data 18.7.2017.

Nel corso degli incontri è stato altresì affrontato il tema delle attività di post-acuzie psichiatriche e le Associazioni sono state informate dell'intenzione dell'Amministrazione regionale di procedere ad una prossima riqualificazione delle attività di lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica e CAVS ad indirizzo neuropsichiatrico al fine di ricollocare gradualmente, nell'arco di un triennio, dette attività nell'ambito più appropriato dell'assistenza sanitaria territoriale rivolta alla salute mentale. Si da atto che, a tal fine, sono allo studio provvedimenti finalizzati a assegnare alle ASL una funzione diretta di governo delle risorse destinate alla tutela della salute mentale, superando la distinzione tra risorse assistenziali

ospedaliere e residenziali territoriali ed assicurando forme omogenee di governo orientate ai bisogni temporanei dei pazienti all'interno di progetti assistenziali di lungo termine, riducendo le differenze attualmente esistenti, sia in quantità che qualità, dell'assistenza erogata alle persone affette da problemi di salute mentale, uniformando l'accesso all'assistenza residenziale secondo standard stabiliti dalla Regione e potenziando forme di assistenza alternative in grado di favorire l'inclusione sociale dei pazienti. Analogamente si dà atto che è in corso un processo di revisione, al contempo, la rete della postacuzie territoriale della continuità assistenziale a valenza sanitaria anche non psichiatrica.

Ritenuto necessario, anche alla luce di quanto emerso nel corso della discussione con i D.G. delle ASR e con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati, definire, con il presente provvedimento, gli indirizzi sulla base dei quali le ASL provvederanno, sentite le altre Aziende eventualmente interessate, alla negoziazione con gli erogatori privati accreditati per l'acquisto di prestazioni sanitarie per l'annualità 2017, nonché le linee per la successiva regolazione dei contratti, idonee a garantire livelli essenziali e uniformi di assistenza nel territorio di competenza, nel rispetto degli elementi di accreditamento delle singole strutture. In particolare occorre stabilire quanto segue:

- gli indirizzi definiti con il presente provvedimento hanno validità con decorrenza dal 1.07.2017 e fino al 31.12.2018. Al periodo compreso fra il 1 gennaio ed il 30 giugno 2017 si applicano le pregresse regole, desumibili dallo schema di contratto approvato con DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 e s.m.i. per le case di cura, i presidi ex artt. 42, 43 L. 833/78 e programmi di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i. e con DGR 27 luglio 2016, n. 13-3731 per le strutture eroganti esclusivamente attività ambulatoriale e chirurgia ambulatoriale complessa;
- ad ogni ASL di residenza vengono assegnati tre tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati, rispettivamente, di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale; detti tetti di spesa sono definiti sulla base del consumo storico dei residenti dell'ASL presso le strutture private accreditate della Regione Piemonte, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale;
- i tre tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza (ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale) sono separati e distinti e rappresentano il limite invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per l'esercizio 2017; nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, potrà essere incrementato solo quello relativo alla specialistica ambulatoriale, con corrispondente riduzione dei tetti per il ricovero. Nell'ipotesi in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate dagli erogatori per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - ecceda i tetti stabiliti sarà necessario ricondurre la spesa a tali limiti attraverso l'applicazione di meccanismi di regressione economica differenziati per classe e tipologia di prestazioni o servizi;
- i tre tetti di spesa di cui all'alinea precedente includono la remunerazione delle prestazioni erogate a favore di STR = stranieri (paesi Ue / SEE / in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) e STP (stranieri temporaneamente presenti) già a carico del SSN ai sensi della circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24.3.2000, mentre, con riguardo agli STP la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge 50 del 24/04/2017, è stata trasferita dal Ministero degli interni al Ministero della Salute il provvedimento, nelle

more delle indicazioni nazionali, visto l'art. 63 del DPCM 12/01/17, ne prevede la rendicontazione entro il tetto indicato;

- Il recupero della mobilità passiva verrà finanziato attraverso l'attribuzione di apposite risorse aggiuntive alle Aziende di residenza interessate; dette risorse aggiuntive, verranno assegnate dalle ASL di competenza territoriale, sulla base degli indirizzi regionali di cui all'Allegato C) a singoli erogatori privati per specifiche prestazioni/DRG nel rispetto dei tetti di spesa di cui all'Allegato A) Tab C);
- le ASL di competenza territoriale negozieranno le prestazioni con gli erogatori privati accreditati ubicati sul proprio territorio e sottoscriveranno con i medesimi il contratto per l'annualità 2017 sulla base dello schema di contratto nell'Allegato al presente provvedimento che recepisce le innovazioni introdotte. Nel caso di strutture private accreditate con più unità produttive ubicate in ambiti territoriali appartenenti a differenti ASL, i contratti saranno stipulati da ciascuna ASL con l'unità produttiva ubicata sul territorio di competenza;
- la negoziazione con la singola Struttura privata accreditata per il 2017 fa riferimento al budget 2016 (definito ex DGR 67-1716/2015 e DGR 13-2022/2015 e s.m.i. con riguardo alle Case di cura e presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed ex DGR 13-3731/2016 con riguardo alle strutture private accreditate eroganti esclusivamente attività ambulatoriale). Il valore di riferimento per il 2° semestre 2017 per l'acquisto di prestazioni sanitarie per i residenti piemontesi viene determinato, con riguardo ad ogni Struttura, in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - ed il valore della produzione erogata al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget/valore contrattato complessivamente inteso. Detti valori di riferimento 2° semestre 2017 non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poichè potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purchè nei limiti dei tetti di spesa assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato della singola Struttura privata accreditata. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute (fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva), mentre quelle ricomprese in detto limite ma, eventualmente, eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole di cui agli allegati B) e C) al presente provvedimento. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero. La remunerazione per le prestazioni erogate nell'annualità 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore. La Regione si riserva di valutare, con successivo provvedimento, come definire le eventuali modalità di storicizzazione, anche con riguardo alle annualità successive, degli incrementi prodotti dalle singole Strutture nel rispetto dei valori di riferimento;
- per le Strutture la cui titolarità è in capo al medesimo soggetto giuridico, o per quelle appartenenti ad un medesimo Gruppo societario, saranno ammesse, in presenza di un effettivo fabbisogno e fermo restando il valore di riferimento complessivo del Gruppo o del

soggetto giuridico compensazioni fra i valori di riferimento per i medesimi setting assistenziali assegnati alle singole Strutture, previa intesa fra le ASL interessate su fabbisogno e parere favorevole della Direzione Regionale Sanità;

- per le attività di ricovero (acuzie e post-acuzie), la negoziazione da parte delle ASL di competenza territoriale dovrà avvenire nell'ambito dei posti letto accreditati alla Struttura e contrattati per l'annualità 2016 ex DGR 27 luglio 2016 n. 12-3730; eventuali esigenze di variazione all'assetto di posti letto accreditati e contrattati ex DGR 27 luglio 2016 n. 12-3730 potranno essere valutati a livello regionale in sede di eventuale revisione dei fabbisogni;
- sia per le attività di ricovero che per le attività di specialistica ambulatoriale, data l'esigenza di perseguire obiettivi di appropriatezza delle prestazioni erogate, il valore del 90%, come precedentemente individuato per il 2^a semestre 2017, mantiene come riferimento indicativo il case-mix storico, mentre la parte residua sarà oggetto di negoziazione da parte dell'ASL sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale;
- con riguardo alla spesa farmaceutica, le ASL di competenza territoriale dovranno provvedere - in accordo con la rete oncologica per i farmaci antitumorali - alla definizione dei volumi di attività sulla base della valutazione dei fabbisogni, richiedendo agli erogatori privati interessati una rendicontazione per farmaco e per paziente, contabilizzata a prezzo di acquisto regionale al netto delle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci;
- il valore delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni viene evidenziato separatamente; gli eventuali incrementi, rispetto alla produzione 2016, del valore della mobilità attiva per prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti al 100% attraverso l'adozione di misure alternative finalizzate - ai sensi dell'art.15, comma 14 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e s.m.i. - a garantire l'invarianza dell'effetto finanziario complessivo del sistema, mentre gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia;
- la gestione 2017, resa secondo le regole finora vigenti (ex DGR 27 luglio 2016 n. 13-3731 e DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 e s.m.i. e DGR 27 luglio 2016, n. 13-3731) termina al 30 giugno 2017 ed entro il 30 ottobre 2017 dovrà essere definito il saldo dei primi sei mesi (fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli);
- con riguardo ai soggetti privati accreditati e già contrattati per attività oggi classificate come lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica, attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) e di assistenza domiciliare, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di graduale riqualificazione delle relative attività, sono prorogati, per l'annualità 2017, i posti letto contrattati ed il budget assegnato in corrispondenza di detti posti letto ex DGR 67-1716/2015 e DGR 13-2022/2015 e s.m.i. Il contratto sarà sottoscritto sulla base dello schema contrattuale approvato con DGR 13-2022/2015;
- con riguardo alle Strutture private accreditate che, nel corso della fase di negoziazione per le annualità 2014-2016, avevano concluso con l'Amministrazione regionale una specifica intesa anche con riguardo all'annualità 2017, recepita con D.G.R. 67-1716/2015 e s.m.i., le

ASL, salvo esplicita richiesta di piena adesione alle nuove regole regionali da parte delle strutture interessate, provvederanno alla definizione del contratto per l'annualità 2017 in conformità ai tetti di spesa ed ai posti letto contrattati sulla base delle predette intese. Il contratto sarà sottoscritto sulla base dello schema contrattuale approvato con DGR 13-2022/2015;

- con riferimento ai finanziamenti per le funzioni di emergenza urgenza e ricerca sono mantenuti i medesimi livelli di spesa definiti con DGR 27 luglio 2016, n. 12-3730, secondo le modalità e tempistiche esplicitate con la nota regionale prot. n. 9722 del 3.5.2016 recante "Precisazioni tecniche in materia programmi sperimentali triennali 2015-2017 assegnati agli IRCCS"; mentre quelli per l'ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza sono quantificati come da DGR 27 luglio 2016, n. 15-3733, rappresentando gli importi un limite annuo massimo attribuito da verificare dalle AASSLL a consuntivo, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte;
- con riguardo al sistema di valutazione della qualità della performance delle strutture private vengono introdotti, per il 2° semestre 2017, alcuni primi elementi di analisi della qualità, da ampliare e integrare nelle annualità successive. Il calcolo degli indicatori, espressamente individuati nell'Allegato C) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, sarà effettuato utilizzando il protocollo PNE contestualizzato a livello regionale, come già avviene per gli indicatori inseriti negli obiettivi ai Direttori Generali delle ASR con riferimento alle strutture pubbliche. La valutazione degli indicatori comporterà, in questa prima fase, una premialità (+2,5%) o una penalizzazione (- 2,5%), da applicarsi a seguito dei meccanismi di regressione economica, per le strutture che si posizioneranno nelle aree indicate nel Treemap come "molto alta" o "molto bassa". A tal fine vengono stanziati per le premialità delle risorse in un apposito fondo aggiuntivo costituito pari a euro 500 mila che trova copertura nelle quote del Fondo sanitario regionale indistinto assegnato alla GSA per l'anno 2017.
- la sottoscrizione dei contratti dovrà avvenire entro il termine del 30.09.2017. Posto che, ai sensi dell'art. 8 quater, comma 2, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., la mancata sottoscrizione del contratto non vincola le aziende e gli enti del SSN a corrispondere la remunerazione delle prestazioni comunque erogate, qualora la fattispecie ricorra e sia imputabile all'erogatore privato la mancata sottoscrizione, si dispone, per dodicesimi d'annualità, una limitazione della produzione entro e non oltre il valore di riferimento del 2° semestre 2017, fatto salvo l'immediato avvio del procedimento diretto alla sospensione dell'accreditamento istituzionale ex art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del medesimo decreto secondo le modalità di cui alla DGR 58-3079/2011.

Rilevato, ad integrazione del percorso poc' anzi evidenziato, che:

- le ASL cui è demandata la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate sono tenute ad esercitare i necessari controlli e gli eventuali ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali);
- gli importi relativi a prestazioni che a seguito di controlli di 3° livello sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo

potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

Viste altresì:

- la DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 che, tra l'altro, demandava a successivo provvedimento l'individuazione di specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo, con conseguente superamento del criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio. Ritenuto che i pazienti candidabili ai ricoveri di riabilitazione affetti da alcool-farmaco dipendenza inviati dai Servizi per le Dipendenze, Servizi di Alcolologia e dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL non debbano concorrere al calcolo del valore soglia del 20% dei pazienti provenienti dal territorio ai fini dell'abbattimento tariffario previsto dal provvedimento citato, in quanto tali attività corrispondono alle previsioni del DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi Livelli Essenziali di Assistenza) in materia di tutela delle persone dipendenti da alcool. Pertanto, a modifica della DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167, nelle more dell'individuazione di specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo, il criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio non si applica a tali pazienti;
- l'intesa sottoscritta in data 18 luglio 2017 fra la Regione Piemonte, ASL TO4 ed il Presidio Istituto Beata Vergine della Consolata, depositata agli atti della Direzione regionale Sanità, che - in relazione alla DD 1 giugno 2016 n. 311, di approvazione del Progetto per la realizzazione della Rems provvisoria regionale "Anton Martin" presso il Presidio, alla DGR 27.7.2016, n. 12-3730, di riduzione del budget 2016 per l'attivazione di una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, ed alla DD 20.6.2016, n. 362, di conferma temporanea delle funzioni del nucleo giudiziario "Unità Forense" presso il Presidio - si ritiene di definire le pendenze economiche derivanti dalla eccezionale, contemporanea dimissione, al 2 novembre 2016, di 14 ricoverati nell'Unità forense, per la trasformazione di regime assistenziale da lungodegenza ospedaliera a residenza protetta ad alta intensità e, al riguardo, prevede in sede di riparto l'assegnazione all'ASL TO4 di un apposito stanziamento di euro 600.000,00.
- relativamente al Programma di sperimentazione gestionale, ex art. 9 bis D.Lgs. 502/92 e smi, relativo a SAAPA SpA, Società mista a capitale pubblico (partecipata dalle AASSLL Città di Torino e TO4, rispettivamente per il 18% e per il 34%) e privato per la gestione dell'Ospedale di Settimo T.se, occorre prevedere, a servizio della verifica positiva ex D.G.R. 23-264/2014 e della ridefinizione dell'assetto dei P.L. ex D.G.R. 30-3016/2016, un termine ultimo, fissato al 31.12.2017, per la revisione del Programma in coerenza con i P.L. assegnati e, nel contempo, disporre una proroga ai sensi dell'art. 23, comma 6, L.R. 12/2008 e smi.

Vista infine la DGR 58-3079 del 5.12.2011 e s.m.i. recante "Adeguamento delle competenze riservate alla Regione e alle ASL ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 229/1999 e s.m.i. alle previsioni del Piano di rientro" che prevede che:

- alla responsabilità della Regione viene, fra l'altro, riservata:
 - la definizione del fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie e, conseguentemente, la determinazione della capacità produttiva delle strutture pubbliche ed equiparate e private accreditate, articolata per specialità e per tipologia di prestazioni;
 - la determinazione del sistema di remunerazione tariffaria di cui all'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., nonché del criterio di regolazione, ove necessario, al fine di favorire l'autosufficienza di ciascuna Regione come previsto dal comma 8 della norma stessa, del rapporto tra la produzione verso cittadini della Regione Piemonte e verso cittadini di altre regioni;
 - la determinazione dello schema tipo del contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate a quelle pubbliche;

- l'assunzione dell'eventuale iniziativa di convocazione delle parti interessate in tutti i casi in cui le stesse non pervengano alla sottoscrizione dei contratti per le vie ordinarie, al fine di verificare i presupposti che hanno determinato il mancato accordo, disponendo, nel caso l'accordo non venga raggiunto entro i successivi sessanta giorni, che la competente ASL non corrisponda, ai sensi dell'art. 8 quater, comma 2, del DLs. 502/92 e s.m.i. alcuna remunerazione per le prestazioni eventualmente erogate in assenza di accordo contrattuale. Ai sensi dell'articolo 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., in caso di mancata stipula del contratto entro i termini suddetti e nel rispetto delle disposizioni regionali, con provvedimento dirigenziale è disposta la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture e dei professionisti interessati.
- alla responsabilità delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti viene riservata, fra l'altro, la stipulazione dei contratti con i singoli soggetti erogatori privati nel rispetto delle indicazioni e dei limiti stabiliti dalla Regione e nel rispetto del tetto di costo (corrispettivo) massimo complessivo annuo delle prestazioni di specialistica e ospedaliera da acquistare da terzi soggetti erogatori quale definito dalla Regione stessa.

Visto quanto disposto dal Titolo II del D.Lgs 118/2011 avente ad oggetto "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*", con particolare riferimento agli artt. 29 e 30.

Considerato che per l'esercizio 2016 il Consolidato del SSR ha registrato un avanzo d'esercizio positivo, pari a euro/mln 8, così come trasmesso ai Ministeri competenti del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, e che la GSA ha provveduto nell'esercizio 2016, ad accantonare risorse pari a euro/mln 85 da destinare con successivi provvedimenti regionali alla sicurezza delle strutture (antincendio e antisismico), a problematiche specifiche di alcuni ospedali, a programmi sanitari di sviluppo regionali finalizzati a ridurre nel prossimo triennio la mobilità passiva fuori regione ed alla sostituzione di attrezzature sanitarie obsolete.

Dato altresì atto che:

- le risorse relative agli accantonamenti operati in GSA nell'esercizio 2016 ai sensi del D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., sono disponibili nei residui passivi della missione 13 Programma 01 dell'anno 2016;
- le ulteriori risorse sanitarie per l'attuazione del presente provvedimento, nel rispetto del vincolo di pareggio del bilancio aziendale, sono state assegnate alle A.S.L., per l'esercizio 2017, con la D.G.R. n. 35-5329 del 10 luglio 2017 "*Presa d'atto delle disponibili finanziarie provvisorie di parte corrente per il Servizio Sanitario Regionale relative all'esercizio 2017 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2017*".

Dato infine atto che nella seduta della Giunta Regionale del 03.07.2017 sono state illustrate le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per le annualità 2017-2018-2019.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR 17 ottobre 2016, 1-4046.

Vista la normativa di settore e gli atti in premessa citati, la Giunta regionale condividendo le motivate argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

per le motivazioni di cui alle premesse:

- 1 di approvare l'allegato A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale che definisce il tetto regionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (acuzie e post-acuzie) e di specialistica ambulatoriale per l'annualità 2017 dalle strutture private accreditate che erogano prestazioni a carico del sistema sanitario regionale;
- 2 di assegnare alle Aziende Sanitarie Locali i tetti di spesa, di cui all'allegato A) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, per l'acquisto da erogatori privati accreditati con il SSR di prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale – definiti sulla base del consumo storico dei residenti dell'ASL presso le strutture private accreditate della Regione Piemonte, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale. I tre tetti sono separati e distinti e rappresentano il limite invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per l'esercizio 2017; nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, potrà essere incrementato solo quello relativo alla specialistica ambulatoriale con corrispondente e correlata riduzione dei tetti per il ricovero. Nell'ipotesi in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate dagli erogatori per il 2^a semestre 2017 – ridotta degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - ecceda i tetti assegnati all'ASL di residenza sarà necessario ricondurre la spesa a tali limiti attraverso l'applicazione di meccanismi di regressione economica differenziati per classe e tipologia di prestazioni o servizi;
- 3 i tre tetti di spesa di cui all'alinea precedente includono la remunerazione delle prestazioni erogate a favore di STR = stranieri (paesi Ue / SEE / in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) e STP (stranieri temporaneamente presenti) già a carico del SSN ai sensi della circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24.3.2000, mentre, con riguardo agli STP la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge 50 del 24/04/2017, è stata trasferita dal Ministero degli interni al Ministero della Salute il provvedimento, nelle more delle indicazioni nazionali, visto l'art. 63 del DPCM 12/01/17, ne prevede la rendicontazione entro il tetto indicato;
- 4 di assegnare, attraverso l'utilizzo degli accantonamenti della GSA operati nell'esercizio 2016, alle ASL di residenza riportate nell'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, Euro 20.000.000,00 vincolando l'utilizzo per finalità di sviluppo della sanità erogata dalle strutture private nel territorio piemontese allo scopo di ridurre nel prossimo triennio la mobilità passiva fuori regione. Le somme dovranno essere utilizzate dalle ASL di residenza nelle seguenti annualità:
 - anno 2017 (ultimi 6 mesi): euro 6.500.000,00; le eventuali quote non utilizzate dalle ASL di residenza dovranno essere accantonate nei bilanci aziendali al fine poter rendere disponibili le eventuali risorse nell'esercizio 2018;
 - anno 2018 (intero anno): euro 13.500.000,00.
- 5 di vincolare una quota residua degli accantonamenti della GSA operati nell'esercizio 2016, pari a Euro 3.000.000,00, per finalità di sviluppo della sanità erogata dalle strutture private nel territorio piemontese allo scopo di ridurre nel prossimo triennio la mobilità passiva fuori regione. Le somme, a seguito delle specifiche istruttorie aziendali previste in merito, saranno assegnati alle ASL di residenza - con successivo provvedimento di giunta regionale - nelle seguenti annualità:

- anno 2017 (ultimi 6 mesi): euro 1.000.000,00; le eventuali quote non utilizzate dovranno essere accantonate nei bilanci aziendali al fine poter rendere disponibili le eventuali risorse nell'esercizio 2018;
- anno 2018 (intero anno): euro 2.000.000,00.

- 6 di demandare alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio la funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie dalle singole Strutture private accreditate con il SSR ubicate sul proprio territorio sulla base dello schema di contratto e nell'ambito dei valori di riferimento e dei criteri e linee di indirizzo definiti a livello regionale nonchè nei tempi e nei limiti dei tetti di spesa assegnati a ciascuna Azienda di residenza e dei posti letto accreditati e contrattati ex DGR 27 luglio 2016 n. 12-3730 per ciascun erogatore privato accreditato che eroga prestazioni a carico del SSR (eventuali esigenze di variazione all'assetto di posti letto accreditati e contrattati potranno essere valutati a livello regionale). Nel caso di strutture private accreditate con più unità produttive ubicate in ambiti territoriali appartenenti a differenti ASL, i contratti saranno stipulati da ciascuna ASL con l'unità produttiva ubicata sul territorio di competenza;
- 7 di demandare a successivo provvedimento della Direzione Regionale Sanità, da adottare entro il termine del 15.9.2017, la definizione dei valori di riferimento da assegnare a ciascuna Azienda Sanitaria locale di competenza territoriale per la fase della negoziazione di prestazioni sanitarie per residenti piemontesi con le Strutture private accreditate con il SSR ubicate sul proprio territorio, determinato dalla sommatoria dei valori di riferimento da assegnare ad ogni Struttura privata accreditata di competenza. Il valore di riferimento annuale per ogni Struttura privata contrattata è determinato dal budget 2016 – ovvero dal valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali (tenuto conto delle variazioni contrattuali intervenute nel corso del 2016), assegnato alla Struttura (definito ex DGR 67-1716/2015 e DGR 13-2022/2015 e s.m.i. con riguardo alle Case di cura e presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed ex DGR 13-3731/2016 con riguardo alle strutture private accreditate eroganti esclusivamente attività ambulatoriale) comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - ed il valore della produzione erogata al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget/valore contrattato complessivamente inteso. Detti valori di riferimento 2° semestre 2017 potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purchè nei limiti dei tetti di spesa assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato della singola Struttura privata accreditata. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute (fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva), mentre quelle ricomprese in detto limite ma, eventualmente, eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole di cui agli allegati B) e C) al presente provvedimento. La Regione si riserva di valutare, con successivo provvedimento, come definire le eventuali modalità di storicizzazione, anche con riguardo alle annualità successive, degli incrementi prodotti dalle singole Strutture nel rispetto dei valori di riferimento;
- 8 di disporre che, sia per le attività di ricovero che per le attività di specialistica ambulatoriale, data l'esigenza di perseguire obiettivi di appropriatezza delle prestazioni erogate, il valore del 90%, come precedentemente individuato per il 2° semestre 2017, mantiene come riferimento

indicativo il case-mix storico, mentre la parte residua sarà oggetto di negoziazione da parte dell'ASL sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale;

- 9 di prevedere che il valore delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni viene evidenziato separatamente gli eventuali incrementi, rispetto alla produzione 2016, del valore della mobilità attiva per prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti al 100% attraverso l'adozione di misure alternative finalizzate - ai sensi dell'art.15, comma 14 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 e s.m.i. - a garantire l'invarianza dell'effetto finanziario complessivo del sistema; mentre gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia;
- 10 di disporre che per le Strutture la cui titolarità è in capo al medesimo soggetto giuridico, o per quelle appartenenti ad un medesimo Gruppo societario, saranno ammesse, in presenza di un effettivo fabbisogno e fermo restando il valore di riferimento complessivo del Gruppo, o soggetto giuridico compensazioni fra i valori di riferimento per i medesimi setting assistenziali assegnati alle singole Strutture, previa intesa fra le ASL interessate su fabbisogno e parere favorevole della Direzione Regionale Sanità;
- 11 di disporre altresì che, con riguardo alla spesa farmaceutica, le ASL di competenza territoriale dovranno provvedere - in accordo con la rete oncologica per i farmaci antitumorali - alla definizione dei volumi di attività sulla base della valutazione dei fabbisogni, richiedendo agli erogatori privati interessati una rendicontazione per farmaco e per paziente, contabilizzata a prezzo di acquisto regionale al netto delle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci;
- 12 di approvare lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.) allegato al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale (Allegato B);
- 13 di prorogare per l'annualità 2017, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di graduale riquilibratura delle relative attività, i posti letto contrattati ed il budget assegnato con riguardo ai soggetti privati accreditati e già contrattati per attività oggi classificate come Lungodegenza psichiatrica, Riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare. Il contratto sarà sottoscritto sulla base dello schema contrattuale approvato con DGR 13-2022/2015;
- 14 di disporre che, con riguardo alle Strutture private accreditate che, nel corso della fase di negoziazione per le annualità 2014-2016, avevano concluso con l'Amministrazione regionale una specifica intesa anche con riguardo all'annualità 2017 recepita con D.G.R. 67-1716/2015 e s.m.i., le ASL, fatta salva esplicita richiesta di piena adesione alle nuove regole regionali da parte delle strutture interessate, provvederanno alla definizione del contratto per l'annualità 2017 in conformità ai tetti di spesa ed ai posti letto contrattati sulla base delle predette intese. Il contratto sarà sottoscritto sulla base dello schema contrattuale approvato con DGR 13-2022/2015;
- 15 di demandare alle AASSLL Città di Torino e TO4 socie della società S.A.A.P.A. S.p.A., ogni adempimento connesso alla revisione del programma di sperimentazione gestionale relativo alla gestione dell'ospedale di Settimo T.se in coerenza ai p.l. accreditati e contrattati, prorogando il

programma, ai sensi dell'art. 23 comma 6 L.R. 12/2008 e s.m.i., per il tempo necessario all'adeguamento degli atti societari, e comunque non oltre il 31.12.2017;

- 16 di approvare il documento allegato sub C) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, che definisce, ad integrazione dei criteri già individuati nelle premesse al presente atto che si richiamano integralmente, le “Linee di indirizzo regionali per l’esercizio della funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e per la regolazione dei contratti e la valutazione della qualità della performance delle strutture private accreditate 2017-2018-2019”. Per il periodo compreso fra il 1.1.2017 ed il 30.06.2017, come disposto con DGR 29 dicembre 2016 n. 13-3731, si applicano le pregresse regole, desumibili dallo schema di contratto approvato con DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 e s.m.i. per le case di cura, i presidi ex artt. 42, 43 L. 833/78 e programmi di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i. e con DGR 27 luglio 2016, n. 13-3731 per le strutture eroganti esclusivamente attività ambulatoriale e chirurgia ambulatoriale complessa;
- 17 di disporre che la gestione 2017, resa secondo le regole finora vigenti (ex DGR 27 luglio 2016 n. 13-3731 e DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 e s.m.i. e DGR 27 luglio 2016, n. 13-3731) termina al 30 giugno 2017 ed entro il 30 ottobre 2017 sarà definito il saldo dei primi sei mesi (fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli);
- 18 di introdurre, con riguardo al sistema di valutazione della qualità della performance delle strutture private accreditate, per il 2° semestre 2017, alcuni primi elementi di analisi della qualità, da ampliare e integrare nelle annualità successive. Il calcolo degli indicatori, espressamente individuati nell’ Allegato C) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, sarà effettuato utilizzando il protocollo PNE contestualizzato a livello regionale, come già avviene per gli indicatori inseriti negli obiettivi ai Direttori Generali delle ASR con riferimento alle strutture pubbliche. La valutazione degli indicatori comporterà, in questa prima fase, una premialità (+2,5%) o una penalizzazione (- 2,5%), da applicarsi a seguito dei meccanismi di regressione economica, per le strutture che si posizioneranno nelle aree indicate nel Treemap come “*molto alta*“ o “*molto bassa*”. A tal fine vengono stanziati per le premialità delle risorse in un apposito fondo aggiuntivo costituito pari a euro 500 mila che trova copertura nelle quote del Fondo sanitario regionale indistinto assegnato alla GSA per l’anno 2017;
- 19 di disporre che con riferimento ai finanziamenti per le funzioni di emergenza urgenza e ricerca sono mantenuti i medesimi livelli di spesa definiti da ultimo con DGR 27 luglio 2016, n. 12-3730, secondo le modalità e tempistiche esplicitate con la nota regionale prot. n. 9722 del 3.5.2016 recante “*Precisazioni tecniche in materia programmi sperimentali triennali 2015-2017 assegnati agli IRCCS*”; mentre quelli per l’ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza sono quantificati come da DGR 27 luglio 2016, n. 15-3733, rappresentando gli importi un limite annuo massimo attribuito da verificare dalle AASSLL a consuntivo, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte;
- 20 di disporre altresì che la sottoscrizione dei contratti con i singoli erogatori privati accreditati dovrà avvenire entro il termine del 30.09.2017; posto che, ai sensi dell’art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., la mancata sottoscrizione del contratto non vincola le aziende e gli enti del SSN a corrispondere la remunerazione delle prestazioni comunque erogate, qualora la fattispecie ricorra e sia imputabile all’erogatore privato la mancata sottoscrizione, si dispone, per dodicesimi d’annualità, una limitazione della produzione entro e non oltre il valore di riferimento del 2° semestre (90%), fatto salvo l’immediato avvio del procedimento diretto alla

sospensione dell'accreditamento istituzionale ex art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del medesimo decreto secondo le modalità di cui alla DGR 58-3079/2011;

- 21 di recepire l'intesa sottoscritta in data 18 luglio 2017 fra la Regione Piemonte, l'ASL TO4 ed il Presidio Istituto Beata Vergine della Consolata, depositata agli atti della direzione regionale Sanità, che - in relazione alla DD 1 ° giugno 2016, n. 311, di approvazione del Progetto per la realizzazione della Rems provvisoria regionale "Anton Martin" presso il Presidio, alla DGR 27.7.2016, n. 12-3730, di riduzione del budget 2016 per l'attivazione di una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, ed alla DD 20.6.2016, n. 362, di conferma temporanea delle funzioni del nucleo giudiziario "Unità Forense" presso il Presidio - definisce le pendenze economiche derivanti dalla eccezionale contemporanea dimissione, al 2 novembre 2016, di 14 ricoverati nell'Unità forense, per la trasformazione di regime assistenziale da lungodegenza ospedaliera a residenza protetta ad alta intensità e, al riguardo, prevede in sede di riparto l'assegnazione all'ASL TO4 di un apposito stanziamento di euro 600.000,00;
- 22 di disporre, a modifica della DGR 7 novembre 2016, n. 17-4167 che, nelle more dell'individuazione di specifici criteri di appropriatezza dei ricoveri in ambito riabilitativo, il criterio della percentuale massima del 20% della provenienza dal territorio non si applica ai pazienti candidabili ai ricoveri di riabilitazione affetti da alcool-farmaco dipendenza inviati dai Servizi per le Dipendenze, Servizi di Alcolologia e dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL poichè tali attività corrispondono alle previsioni del DPCM del 12 gennaio 2017 (nuovi Livelli Essenziali di Assistenza) in materia di tutela delle persone dipendenti da alcool;
- 23 di demandare a successivo provvedimento della Giunta regionale, da adottarsi entro il 30.11.2017, la definizione dei tetti di spesa 2018-2019 di ciascuna Azienda Sanitaria Locale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati con il SSR;
- 24 di demandare altresì a successivo provvedimento della Giunta regionale la definizione degli elementi di valutazione per le attività cosiddette "a funzione" (Emergenza-urgenza, ricerca, didattica, trapianti, centri di riferimento sovra-aziendali) che potranno essere applicati negli esercizi successivi;
- 25 di demandare infine a successivo provvedimento della Giunta regionale la revisione del fabbisogno di p.l. di post acuzie territoriali (ivi compresi i p.l. di post acuzie psichiatriche) al fine di avviare il percorso di graduale riqualificazione dei p.l. di post-acuzie psichiatriche (lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica e CAVS psichiatrici) nonché di aggiornamento del fabbisogno di attività di continuità assistenziale - CAVS e di, eventualmente, rivedere i requisiti organizzativi e le regole specifiche di finanziamento di tali tipologie assistenziali;
- 26 di dare atto che le risorse relative agli accantonamenti operati in GSA nell'esercizio 2016 ai sensi del D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., sono disponibili nei residui passivi della missione 13 Programma 01 dell'anno 2016;
- 27 di dare altresì atto che le ulteriori risorse sanitarie per l'attuazione del presente provvedimento, nel rispetto del vincolo di pareggio del bilancio aziendale, sono state assegnate alle A.S.L., per l'esercizio 2017, con la D.G.R. n. 35-5329 del 10 luglio 2017 "Preso d'atto delle disponibilità finanziarie provvisorie di parte corrente per il Servizio Sanitario Regionale relative all'esercizio 2017 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2017".

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione sul BURP.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato A (omissis)
Allegato B e C

ALLEGATO B)

Schema Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL, con sede legale in, via, (C.F.
. . .), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società, con sede legale in, (C.F.
.), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A),
accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo,
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da
. . nella qualità di, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con
mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. ___ - ___ del ___ / ___ / ___ sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ___ del ___ / ___ / ___ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della

citata DGR;

- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;
- si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed

adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari), redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residentii piemontesi è pari al budget 2016 - ovvero al valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - comprensivo del valore di riferimento per il 2^a

semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget - ovvero del valore contrattato – 2016 del singolo erogatore.

2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:

a) per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:

- ricovero acuzie €. (di cui €.....valore di riferimento per il 2^ semestre 2017)

- ricovero post acuzie €. (di cui €... valore di riferimento per il 2^ semestre 2017)

- ricovero totale €. (di cui €... valore di riferimento per il 2^ semestre 2017)

- specialistica ambulatoriale €. (di cui €... valore di riferimento per il 2^ sem. 2017)

- per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), €.

b) per prestazioni rese a residenti in altre regioni:

- ricovero totale €.,00, di cui: €.,00 per alta specialità ed €.,00 per le rimanenti prestazioni;

- specialistica ambulatoriale €,00

c) per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24/4/2017, è stata trasferita dal Ministero degli interni al Ministero della Salute, verranno

riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.

3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.

4. I valori di cui al comma 2 lett. a) - fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passività fuori regione - non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni - ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni - eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR..... Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.

5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del

singolo erogatore.

6. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a è previsto l'importo di €. ,00 assegnato nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, precisando che l'importo rappresenta un limite annuo massimo da verificare dalle AASSLL a consuntivo, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.
7. Per la somministrazione dei farmaci (file F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
8. L'erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.
9. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità - rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato contrattato per il 2^ semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR.... Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.

12. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% dei tetti di spesa massimi contrattati per il 2016 secondo le previgenti regole del contratto 2014-2016 ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli;

2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:

a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL - ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione - risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget /valore contrattato;

b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL - ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione - risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR....., in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.

3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.

4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR.....;

5. I DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato

C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.

6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;

b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;

c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

7. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

Articolo 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.

2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come "medi annui", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 - Modalità di pagamento.

1 Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:

a) 90% di 1/12 del budget 2016 - ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei

valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;

b) successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 6/12 del valore di riferimento 2^ semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;

c) successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2^ semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.

2 I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3 E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4 Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni

di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5 Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6 Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7 Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.

8 Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale,

l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 - Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è

tacitamente prorogabile.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 - Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, ... / ... / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....
Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 8 (Clausola di manleva), 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

Allegato A) **STATO DI ACCREDITAMENTO**

AZIENDA

COD. AZ.

SEDE

RICOVERO

STRUTTURA/E

SEDE/I OPERATIVA/E

COD. HSP11

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2017

AMBULATORIO

STRUTTURA /E

SEDE/I OPERATIVA COD. STP

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE

Allegato B) **REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI**

NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione - abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget - ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali - fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto,

escluse le prestazioni di alta specialità e quelle “protette” di cui all’allegato C).

5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell’ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all’ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l’esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.

6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette “protette” individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall’ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all’allegato C) alla DGR.....e dettagliate all’allegato C) al contratto.

7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette “protette”, quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.

8. Gli importi di cui all’alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione - sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell’ASL (tetti di spesa dell’ASL):

a) regressione massima, nell’ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3):

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post-acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco Prestazioni ex DGR n. 44-3399/2016 e DM Appropriatelyzza
Ambulatoriale	25%

b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.

10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. del.....

11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) **PRESTAZIONI CONTRATTATE**

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016.

L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione

Inserire tabelle di cui all'allegato C) alla DGR.....

Allegato C)

Linee di indirizzo regionali per l'esercizio della funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e per la regolazione dei contratti e la valutazione della qualità della performance delle strutture private accreditate per le annualità 2017, 2018 e 2019.

Indice

1. PRESTAZIONI DI RICOVERO	5
1.1 Premessa.....	5
1.2 Attività a carico della Regione	6
1.3 Attività a carico dell'ASL di residenza	10
1.4 Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale	11
1.5 Meccanismi di regolazione delle prestazioni di ricovero a consuntivo	12
2. INTERVENTI DI RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA FUORI REGIONE ...	15
2.1 Attività a carico della Regione	16
2.2 Attività a carico dell'ASL di residenza	16
2.3 Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale	19
2.4 Valutazione a consuntivo da parte dell'ASL di residenza	19
3. ELEMENTI DI VALUTAZIONE DI QUALITÀ	19
3.1 Introduzione del sistema di valutazione dei ricoveri TREEMAP PNE	19
3.1.1 <i>Esiti economici secondo la valutazione TREEMAP</i>	23
3.2 Attesa media acuzie per azienda di residenza – criticità - anno 2016.....	23
4. ALLEGATI DELLE PREST. DI RICOVERO.....	25
4.1 Allegato 1 Tabella DRG con le macrocategorie per ricoveri per acuzie	25
4.2 Allegato 2 Identificazione delle macrocategorie per postacuzie.....	40
4.3 Analisi mobilità passiva 2015 per ASL.....	40
4.4 Elenco DRG che costituiscono il 55% della mobilità passiva (“C” per acuzie).....	41
4.5 Regioni che presentano una maggiore mobilità attiva per le principali prestazioni erogate in Piemonte (“C”, acuzie).....	43
4.6 Elenco DRG di postacuzie	45
4.7 Regioni che presentano una maggiore mobilità attiva per le principali prestazioni erogate in Piemonte (postacuzie)	45
5. PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	46

5.1	Premessa.....	46
5.2	Attività a carico della Regione.....	47
5.3	Attività a carico dell'ASL di residenza.....	51
5.4	Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale.....	53
5.5	Meccanismi di regolazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a consuntivo.....	53
6.	INTERVENTI DI RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA FUORI REGIONE.....	56
6.1	Attività a carico della Regione.....	56
6.2	Attività a carico dell'ASL di residenza.....	57
6.3	Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale.....	58
6.4	Valutazione a consuntivo da parte dell'ASL di residenza.....	59
7.	ALLEGATI DELLE PREST. AMBULATORIALI.....	59
7.1	Allegato 1 Elenco con le macrocategorie per prestazioni di specialistica ambulatoriale	59
7.2	Analisi mobilità passiva 2015 per ASL.....	61
7.3	Elenco prestazioni che costituiscono il 53% della mobilità passiva.....	63
7.4	Regioni che presentano una maggiore mobilità attiva per le principali prestazioni erogate in Piemonte.....	64

1. PRESTAZIONI DI RICOVERO

1.1 Premessa

I tetti di spesa, complessivi e invalicabili, sono assegnati alle seguenti ASL di residenza:

010301 - To1+To2 (Torino)
010203 - To3 (Collegno)
010204 - To4 (Chivasso)
010205 - To5 (Chieri)
010206 - Vc (Vercelli)
010207 - Bi (Biella)
010208 - No (Novara)
010209 - Vco (Omegna)
010210 - Cn1 (Cuneo)
010211 - Cn2 (Alba)
010212 - At (Asti)
010213 - Ai (Casale Monferrato)

I citati tetti di spesa per residenza di ASL, oltre alla spesa limite delle prestazioni complessive erogate dagli erogatori di diritto privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.), includono – in ciascuna ASL in cui è ubicata la struttura - le prestazioni rese a favore di:

- STR = stranieri (paesi UE/SEE/ in convenzione);
- ENI= europei non iscrivibili (ove applicabile)
- STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN (ex circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000).

Inoltre, si precisa che i citati tetti di spesa per residenza di ASL non includono:

- prestazioni e strutture di psichiatria di postacuzie. Il tetto di spesa è assegnato con i criteri riportati nel presente provvedimento.
- prestazioni CAVS e assistenza domiciliare. Il tetto di spesa è assegnato con i criteri riportati nel presente provvedimento.

Il processo di negoziazione per il secondo semestre 2017 non contempla il budget dei ricoveri degli erogatori che, nel corso della fase di negoziazione per le annualità 2014-2016, avevano concluso con l'Amministrazione regionale una specifica intesa anche con riguardo all'annualità 2017, delle strutture che erogano prestazioni di psichiatria di postacuzie a cui si applica un budget 2017 eguale al budget 2016. Non contempla altresì il budget per le prestazioni CAVS e assistenza domiciliare (che non sono prestazioni di ricovero ospedaliero) a cui si applica un budget 2017 eguale al budget 2016. Le ASL, fatta salva esplicita richiesta di piena adesione alle nuove regole regionali da parte delle

strutture interessate, provvederanno alla definizione del contratto per l'annualità 2017 in conformità ai tetti di spesa ed ai posti letto contrattati sulla base delle predette intese. Il contratto sarà sottoscritto sulla base dello schema contrattuale approvato con DGR 13-2022/2015.

Il percorso identificato per determinare i valori economici di riferimento e le tipologie di prestazioni per ricoveri di cui all'articolo 3 comma 1.a per le altre strutture si articola tra i tre soggetti interessati (Regione, ASL di residenza e ASL di competenza territoriale) con le modalità declinate nei successivi paragrafi.

1.2 Attività a carico della Regione

Per ciascun erogatore

1. Identificare il valore del budget 2016 per i residenti della regione.
2. Quantificare il valore della produzione 2016 per i residenti delle dodici ASL della regione inclusi gli stranieri, gli ENI e gli STP a carico del SSN, di seguito nel testo definiti "*residenti della regione*", ridotto in maniera puntuale o proporzionale (a seconda della specificità dei controlli) dagli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
3. Quantificare il valore della produzione del primo semestre 2017 per i *residenti della regione trasmessi* entro le tempistiche previste dai provvedimenti regionali vigenti per le mensilità in oggetto; eventuali ritardi di trasmissione effettuati entro le scadenze previste per la valorizzazione in competenza potranno essere oggetto di conguaglio economico nei confronti degli erogatori in sede di saldo a consuntivo 2017 (nel rispetto del punto 5 sotto riportato).
4. Quantificare il valore economico del 6/12 del budget 2016 per i *residenti della regione* (vedere punto 1 sopra).
5. Quantificare il valore della produzione, ante controlli ed entro budget ammissibile, per il primo semestre 2017:
 - a. valore della produzione per i residenti (punto 3) / budget economico per i residenti (punto 4).
 - b. Se il coefficiente (punto 5a.) è maggiore del 114%, la produzione viene abbattuta economicamente per raggiungere il 114%.
6. Quantificare il valore di riferimento economico della produzione per i *residenti della regione* per il secondo semestre 2017:

- a. 90% della differenza tra il valore del budget 2016 per i residenti della regione (punto 1) e il valore della produzione, ante controlli ed entro budget ammissibile, erogata nel primo semestre 2017 (punto 5).
7. Generare una griglia informativa del valore di riferimento economico, a supporto della contrattazione per ASL di residenza, che suddivida tale valore nelle seguenti componenti (DRG, discipline e macrocategorie). A riguardo, si provvede a:
 - a. Quantificare un coefficiente da applicare sulla produzione 2016 come segue:

Valore di riferimento economico per il secondo semestre 2017 dei residenti della regione (punto 6) / valore economico della produzione 2016 per i residenti della regione (punto 2).
 - b. Quantificare il mix di produzione atteso del valore di riferimento per il secondo semestre 2017 come segue:

Coefficiente (punto 7a) * valore economico della produzione 2016 per i residenti della regione (punto 2).
8. Per ciascuna ASL di residenza si costruiscono i seguenti prospetti come segue:
 - a. Per ciascun erogatore significativo (che rappresenta singolarmente $\geq 10\%$ del consumo complessivo dell'ASL di residenza) si costruisce una griglia come da figura 1 composta, come colonne, dalle macro categorie (vedere allegato 1 per acuzie e allegato 2 per postacuzie) e, come righe, dalle discipline eroganti. Gli importi della griglia della figura sono il valore economico di riferimento di cui al punto 7b sopra. Contestualmente si costruisce una tabella e per DRG di ciascun erogatore e ASL di residenza con i citati valori. Tale tabella sarà utilizzata per evidenziare nella colonna "Q già inclusa nella figura 1" le quantità prodotte nel 2016 valorizzate nella colonna "V già inclusa nella figura 1" per la specifica della produzione aggiuntiva protetta per DRG della Figura 4 (vedi paragrafo 1.3) e per il recupero della mobilità passiva (vedi paragrafo 2).
 - b. Per i restanti erogatori dell'ASL si costruisce una griglia per tutto il restante consumo dell'ASL (vedere figura 2) e una griglia con il totale generale dei valori economici di riferimento (vedere figura 3).

Figura 1 Schema dei valori di riferimento del secondo semestre 2017 per ciascuna ASL di residenza e erogatore significativo.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante: xxxxxxxxxxxxxxxx (ASL di competenza territoriale xxxxxxxxxxxxxxxx)

Euro

	Alta	Media	Bassa	LEA	Totale
Disciplina a	X	X	X	X	X
Disciplina b	X	X	X	X	X
Disciplina c	X	X	X	X	X
.....	X	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X	X

Contestualmente si costruisce un file per DRG di ciascun erogatore e ASL di residenza con questi valori

DRG	Disciplina	Macrocategoria	Q già inclusa nella figura 1	V già inclusa nella figura 1
X	X	X	X	X
X	X	X	X	X
X	X	X	X	X

Soltanto gli erogatori significativi sono oggetto di trattativa con l'ASL di residenza.

Figura 2 Schema dei valori di riferimento del secondo semestre 2017 per ciascuna ASL di residenza, contenente gli altri erogatori

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante: Le strutture non significative dell'ASL

Euro

	Alta	Media	Bassa	LEA	Totale
Disciplina a	X	X	X	X	X
Disciplina b	X	X	X	X	X
Disciplina c	X	X	X	X	X
.....	X	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X	X

Figura 3 Schema dei valori di riferimento totali (la somma della Figura 1 e Figura 2) del secondo semestre 2017 per ciascuna ASL di residenza.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Totale delle figure 1 e 2

Euro

	Alta	Media	Bassa	LEA	Totale
Disciplina a	X	X	X	X	X
Disciplina b	X	X	X	X	X
Disciplina c	X	X	X	X	X
.....	X	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X	X

1.3 Attività a carico dell'ASL di residenza

L'ASL di residenza ha a propria disposizione, oltre alle tabelle prodotte dalla Regione di cui sopra, alcuni altri documenti utili per l'articolazione del proprio fabbisogno per ciascuna struttura significativa:

- Tutte le SDO prodotte per i propri residenti da tutti gli erogatori regionali.
- La classifica degli erogatori secondo le regole PNE.
- I tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmate.
- Le azioni previste sul proprio territorio per permettere una risposta alternativa ai ricoveri ospedalieri.

Nelle more della predisposizione dei prospetti regionali, rappresentati al paragrafo precedente, le ASL di residenza sono tenute ad analizzare il citato materiale, la produzione prevista dai presidi a gestione diretta e dalle aziende ospedaliere.

Le citate attività, integrate da ulteriori iniziative di analisi aziendali, dovranno consentire la definizione delle seguenti azioni:

1. Identificare le tipologie di fabbisogno delle prestazioni che può essere soddisfatta dagli erogatori privati nel periodo in questione.
2. Definire la produzione aggiuntiva protetta per ciascuna struttura privata significativa articolato per DRG e disciplina. L'ASL specifica per ciascun erogatore significativo (che rappresenta singolarmente $\geq 10\%$ del consumo dell'ASL di residenza), nella tabella allegata alla Figura 4, le prestazioni che devono entrare nel gruppo della produzione aggiuntiva protetta dell'ASL e le quantità già incluse nella Figura 1. **Tali prestazioni “protette”, incrementali rispetto al valore delle prestazioni erogate nel 2016 da ciascuna struttura, sono escluse dall'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione economica.** Pertanto a fronte di ogni prestazione/attività richiesta occorrerà indicare la quantità ed il valore erogato nel 2016 figura 4 colonna “Q già inclusa nella figura 1” e “V già inclusa nella figura 1”.

Figura 4 Schema definizione del fabbisogno di produzione aggiuntiva protetta del secondo semestre 2017 da parte dell'ASL per gli erogatori che rappresentano singolarmente $\geq 10\%$ del consumo dell'ASL di residenza.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante: xxxxxxxxxxxxxxxx (ASL di competenza territoriale xxxxxxxxxxxxxxxx)

Specifica della produzione aggiuntiva protetta per DRG.

DRG	Disciplina	Macrocategoria	Q già inclusa nella figura 1	V già inclusa nella figura 1
			X	X
			X	X
			X	X

3. Trasmissione della Figura 4 con la relativa specifica all'ASL di competenza territoriale.

1.4 Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale

Le ASL di competenza territoriale devono, per **ciascuna struttura erogante che insiste sul proprio territorio**, determinare i seguenti valori:

1. Il Valore di riferimento delle prestazioni ad Alta complessità per i residenti di altre regioni = produzione 2016 delle prestazioni ad Alta complessità ridotta dagli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
2. Il Tetto di spesa limite delle prestazioni non ad Alta complessità per i residenti di altre regioni = il budget del 2016 ridotto dal valore di riferimento di cui al p.to 1.
3. Il Valore della produzione per i *residenti della regione* del primo semestre 2017, p.to 5 del paragrafo 1.2, rideterminato da eventuali controlli aziendali.
4. Il Valore di riferimento per i *residenti della regione* per il secondo semestre 2017, p.to 6 del paragrafo 1.2.
5. L'elenco del Fabbisogno di produzione aggiuntiva "protetta" dettagliato per ASL di residenza e DRG relativo alle strutture significative.

Le ASL di competenza territoriale con una forte mobilità passiva fuori regione, identificate nel paragrafo “2”, hanno inoltre il compito di identificare le azioni per un recupero di questa mobilità secondo il processo descritto nel capitolo relativo attraverso l’utilizzo, tra l’altro, delle specifiche risorse assegnate con il presente provvedimento.

Dalla Regione, l’ASL riceve i prospetti di cui alla Figura 1 per le strutture che insistono sul proprio territorio.

Da ciascuna ASL di residenza riceve l’articolazione della produzione aggiuntiva protetta delle strutture significative di ciascuna ASL come dalla Figura 4.

A questo punto l’ASL di competenza territoriale è in grado di completare il contratto dell’erogatore allegando i prospetti, come da Figura 4, di tutte le ASL di residenza che hanno effettuato una trattativa.

Inoltre, l’ASL territorialmente competente negozia i seguenti budget di spesa assegnati con il presente provvedimento:

- prestazioni e strutture di psichiatria di postacuzie.
- prestazioni CAVS e assistenza domiciliare.

Mentre, per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell’art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24/4/2017, è stata trasferita dal Ministero degli interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti alle strutture gli importi delle prestazioni erogate secondo le modalità e le indicazioni nazionali che saranno rese disponibili nel corso dell’esercizio 2017.

1.5 Meccanismi di regolazione delle prestazioni di ricovero a consuntivo

La seguente procedura di regolazione delle prestazioni è applicata soltanto per le strutture incluse nel calcolo (vedere punto 1.1 “Premessa”), e prevede il necessario scambio informatico / informativo tra la Regione, l’ASL di residenza e l’ASL di competenza territoriale.

Di seguito, si riportano le principali attività:

1. La Regione misura la produzione del secondo semestre 2017, includendo eventuali recuperi di produzione del primo semestre 2017 entro il budget residuo ammissibile – punto 5 del paragrafo 1.2 - che sono stati trasmessi negli ultimi 6 mesi 2017, ovvero entro le tempistiche

vigenti per la competenza ai fini del riconoscimento remunerativo, ed effettua i seguenti calcoli per ASL di residenza:

- a. Definizione della **produzione aggiuntiva protetta** del secondo semestre 2017 di cui alla Figura 4. Per ciascuna combinazione di specialità e DRG definita nella Figura 4 si calcola il consumo dell'ASL di residenza, si detrae la quantità della colonna "Q già inclusa nella Figura 1" e si valorizzano tutte le quantità. Il valore complessivo relativo, fatto salvo l'applicazione di eventuali controlli, è remunerabile e non si applica la regressione economica.
- b. Definizione della **produzione aggiuntiva protetta** del secondo semestre 2017 finalizzata al recupero della mobilità passiva fuori regione. Per ciascuna combinazione di specialità e DRG definita nella Figura 5 si calcola il consumo dell'ASL, si detrae la quantità della colonna "V già inclusa nella Figura 1" e le quantità protette del p.to precedente, e si valorizzano tutte le quantità. Il valore complessivo relativo, fatto salvo l'applicazione di eventuali controlli, è remunerabile entro il budget assegnato, e non si applica la regressione economica.
- c. La produzione all'interno del 57 % del budget 2016 per il primo semestre 2017;
- d. **La produzione del secondo semestre 2017 corrispondente alla Figura 3, con separata evidenza della maggior produzione erogata in attuazione al budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione (p.to b).**
- e. Per ciascun erogatore si applica un eventuale abbattimento se la produzione annuale totale (p.to c + p.to d) – fatta eccezione della maggior produzione erogata in attuazione al budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione - dell'erogatore supera il 110 % della produzione 2016 entro budget.

Inoltre, il calcolo prosegue con l'analisi per ASL di residenza. L'obiettivo è che la produzione complessiva – erogata da tutte le strutture di diritto privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i., ridotta dagli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - non superi il tetto di spesa, invalicabile e vincolante, dell'ASL di residenza. Se il valore di produzione complessivo per residenti è superiore al tetto di spesa dell'ASL di residenza si applicano meccanismi di regressione economica per tutti gli erogatori contrattualizzati – in applicazione ai nuovi criteri regionali indicati nel presente

provvedimento - in modo da rientrare nel suddetto tetto per l'ASL secondo il seguente schema:

Macrogruppo	Acuzie	Postacuzie
1_Alta specialità	Nessuna regressione	Nessuna regressione
2_Media specialità	Fino ad un massimo del 10%	Fino ad un massimo del 10%
3_Bassa specialità	Fino ad un massimo del 10%	Fino ad un massimo del 10%
4_LEA	Fino ad un massimo del 20%	(non presente)-

La regressione economica si applica partendo dal macrogruppo 4, sino ad un massimo di abbattimento economico pari al 20% della produzione. Se tale applicazione non è sufficiente alla riconduzione al suddetto tetto si passa all'applicazione anche al macrogruppo 3. Se anche questa non fosse sufficiente si passa all'applicazione anche al macrogruppo 2.

Inoltre, in caso di insufficienza del criterio di cui al p.to precedente si applica una regressione economica proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture contrattualizzate in applicazione ai nuovi criteri regionali indicati nel presente provvedimento.

A conclusione dell'applicazione dei meccanismi di regressione economica per ASL di residenza, si provvede ad effettuare un verifica dell'abbattimento complessivo delle prestazioni di ciascun erogatore. Se il valore complessivo della produzione anno 2017 abbattuta ai fini remunerativi - entro il 57% del budget per la produzione del primo semestre 2017, e post regressione economica per la produzione del secondo semestre 2017 - è inferiore al 95% della produzione 2016 entro budget (punto 2 del paragrafo 1.2), si provvede a ridurre la quota di abbattimento del singolo erogatore – quantificata con la metodologia della regressione economica – nella misura necessaria per ricondurre il valore della produzione all'importo economico complessivo pari al 95% della produzione 2016 entro budget (punto 2 del paragrafo 1.2). Tale minor abbattimento, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente le eccedenze degli erogatori di produzione - post regressione economica - del secondo semestre 2017 quantificate rispetto alla produzione 2016 entro budget (punto 2 del paragrafo 1.2).

Inoltre, con riferimento ai meccanismi di remunerazione delle prestazioni erogati a cittadini di altre regioni si rimanda ai criteri rappresentati nel presente provvedimento. Mentre con riferimento alle remunerazione delle prestazioni di psichiatria di postacuzie, CAVS e assistenza domiciliare si precisa che potrà essere riconosciuta la produzione entro budget e post controlli.

In ultimo, ad integrazione del percorso poc'anzi evidenziato, si precisa che:

- le ASL cui è demandata la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate sono tenute ad esercitare i necessari controlli e gli eventuali ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali).
- gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

2. INTERVENTI DI RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA FUORI REGIONE

Le iniziative di recupero della mobilità passiva richiedono la necessità di prevedere degli investimenti economico/finanziari, al T₀, finalizzati ad assicurare, a regime, la cosiddetta “sostituzione del consumo degli assistiti di un'ASL di prestazioni fornite da erogatori di altre regioni con erogatori della regione”. Non è quindi sufficiente un incremento di produzione dagli stessi DRG ma si rileva la necessità che vengano condotte iniziative finalizzate a ridurre la produzione erogata da parte degli erogatori delle altre regioni, considerando – tra l'altro – l'offerta di produzione di tutti erogatori (pubblici e privati) ed il rispettivo fabbisogno di consumo appropriato degli assistiti nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio aziendale.

L'indicatore di misurazione è quindi l'invarianza del tasso di consumo pro capite. Gli erogatori maggiori alla base della mobilità passiva dei cittadini del Piemonte sono ubicati in Lombardia e in Liguria, in tali regioni si stanno definendo degli accordi di scambio di dati di produzione di prestazioni sanitarie.

Per completare, lo scenario che si dovrebbe tenere in considerazione al fine di programmare e realizzare il recupero della mobilità passiva fuori regione, è necessario citare la mobilità di confine che segue il naturale movimento degli assistiti (dovuta ad esempio luoghi di lavoro, ecc.), potenzialmente non recuperabile, simile alle dinamiche osservate nelle ASL intorno alle

grandi città dove gli abitanti scelgono erogatori per prestazioni ambulatoriali e di ricovero nella città di riferimento per tutti i bisogni della loro vita.

Il metodo scelto dalla regione anche per le prestazioni di mobilità passiva è definire un quadro generale all'interno del quale le singole ASL possano identificare, entro e non oltre i finanziamenti assegnati con il presente provvedimento, le prestazioni e gli erogatori che maggiormente potrebbero essere oggetto di interventi di recupero di mobilità passiva.

Il percorso è riportato nei paragrafi successivi.

2.1 Attività a carico della Regione

1. Identificare le ASL con una mobilità maggiore pro capite 2015 (vedere allegato 5.3).
2. Assegnare alle ASL di residenza le risorse sanitarie, una tantum, finalizzate agli interventi di recupero della mobilità passiva fuori regione. Le quote complessive di ciascuna ASL di residenza sono assegnate con il presente.
3. Analisi della mobilità passiva 2015 per DRG "C" per Acuzie identificando quelle con il maggiore valore a livello regionale, in particolare per i tre macrogruppi per cui è prevedibile che un incremento della produzione possa ridurre la mobilità passiva (le prestazioni di alta specialità, quelle di media specialità e quelle di bassa specialità). Le prestazioni potenzialmente non appropriate devono essere affrontate principalmente con altri interventi da parte delle ASL di residenza degli assistiti. (vedere allegato 5.4 e 5.5)
4. Analisi della mobilità passiva 2015 per DRG identificando i DRG maggiori per postacuzie. (vedere allegato 5.6 e 5.7)
5. Identificare, per ciascuna ASL di cui al punto 1, gli erogatori principali rispetto alle DRG identificate nel punto 2 e nel punto 3.

2.2 Attività a carico dell'ASL di residenza

1. Analisi dei principali DRG di mobilità passiva fuori regione identificando le aree per un intervento mirato di recupero. Le ASL possono, per questa attività, utilizzare tutti gli strumenti a disposizione tra cui il tasso di consumo per DRG dei residenti dell'ASL, gli indicatori PNE, i tempi di attesa ecc..

2. Analisi degli erogatori regionali attuali per ciascuna DRG in modo da identificare l'erogatore in grado di poter rispondere al fabbisogno della popolazione.
3. Definire il fabbisogno come da Figura 5 con ciascun erogatore in grado di agire per il recupero della mobilità passiva definendo i DRG relativi e il loro valore specifico nel secondo semestre 2017. Questo valore farà parte della produzione aggiuntiva protetta e sarà quindi escluso dal meccanismo di regressione economica relativa per gli erogatori di ciascuna ASL di residenza.

Figura 5 Schema definizione del fabbisogno di produzione aggiuntiva protetta del secondo semestre 2017 da parte dell'ASL per recupero della Mobilità passiva FR.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante:xxxxxxxxxxxxx (ASL di competenza territoriale xxxxxxxxxxxxxxxx)

euro

	Alta	Media	Bassa	Totale
Disciplina a	Y	Y	Y	Y
Disciplina b	Y	Y	Y	Y
Disciplina c	Y	Y	Y	Y
.....	Y	Y	Y	Y
Totale	Y	Y	Y	Y

Specifica della produzione aggiuntiva protetta per DRG della Figura 5

DRG	Disciplina	Macrocategoria	V già incluso nella figura 1	V aggiuntive da includere nel valore aggiuntivo protetto.	Q già incluso nella figura 1	Q aggiuntive da includere nel valore aggiuntivo protetto.
			X	Y	X	Y
			X	Y	X	Y
			X	Y	X	Y

4. Trasmissione della definizione del fabbisogno all'ASL di competenza territoriale nel caso in cui l'erogatore non sia ubicato all'interno dell'ASL di residenza.

2.3 Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale

A ricevimento dei prospetti delle ASL di residenza includere anche queste prestazioni nella parte del contratto contenente la produzione aggiuntiva protetta.

2.4 Valutazione a consuntivo da parte dell'ASL di residenza

5. A consuntivo l'ASL
 - a. effettuerà una verifica del consumo di prestazioni delle DRG interessate all'accordo da parte dei residenti dell'ASL includendo anche la mobilità passiva FR.
 - b. valuterà gli effetti complessivi ottenuti dagli accordi anche in funzione dell'andamento mensile durante il periodo e calcolerà della differenza della produzione effettiva nell'anno 2016 (inclusa nell'accordo generale della struttura) e la produzione effettiva nell'anno 2017 (di cui il secondo semestre è oggetto di accordo).
 - c. provvederà a valutare il buon esito dell'iniziativa - una tantum – analizzando l'andamento del consumo complessivo dei propri residenti nell'arco del biennio 2017-2018, focalizzando le analisi sull'andamento dei consumi osservati nel medesimo periodo temporale sulla mobilità passiva fuori regione.

3. ELEMENTI DI VALUTAZIONE DI QUALITÀ

3.1 Introduzione del sistema di valutazione dei ricoveri TREEMAP PNE

Le prestazioni contrattate saranno oggetto di valutazione tramite gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Gli indicatori utilizzati saranno quelli previsti nell'ambito dei Treemap del sistema PNE.

Gli ambiti assistenziali considerati nei Treemap riguardano 7 aree cliniche: **cardiocircolatorio – nervoso – respiratorio – chirurgia generale- chirurgia oncologica – gravidanza e parto e osteomuscolare** .

Considerata la tipologia di attività del privato, non saranno considerati gli indicatori per l'area gravidanza e parto e gli indicatori legati all'attività di emergenza (mortalità IMA – PTCA entro

2gg - mortalità ictus). Gli indicatori PNE sono già monitorati nelle strutture pubbliche e alcuni di essi da qualche anno sono stati inseriti negli obiettivi posti ai direttori generali delle ASR.

Gli ambiti clinici (e i relativi indicatori) che saranno utilizzati per la valutazione delle strutture private accreditate con contratto sono i seguenti:

CARDIOCIRCOLATORIO:

- scompenso cardiaco congestizio mortalità a 30 gg
- by-pass aorto-coronarico mortalità a 30 gg
- valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache mortalità 30gg

CHIRURGIA GENERALE:

- colecistectomia laparoscopica % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 gg
- colecistectomia laparoscopica % interventi in reparti con volumi di attività > 90 casi

CH. ONCOLOGICA:

- intervento chirurgico per TM mammella % interventi in reparti con volumi di attività > 135 casi
- proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno
- Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30gg

OSTEOMUSCOLARE

- frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 gg

Il calcolo degli indicatori sarà effettuato sul secondo semestre 2017 dalla Direzione Sanità in collaborazione col Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3 e, come avviene per quelli inseriti negli obiettivi dei Direttori Generali delle strutture pubbliche, verrà utilizzato il protocollo PNE contestualizzato a livello regionale (con esplicitazione di dettaglio della metodologia di estrazione dei dati).

SISTEMA DI VALUTAZIONE - soglie definite dal PNE (a seconda dell'indicatore, in qualche caso si tratta dello standard identificato dal DM 70, in altri lo standard discende dalle evidenze scientifiche più aggiornate o dalla media nazionale):

- by-pass aortocoronarico mortalità a 30 gg: massima: **4%** (DM 70)
- valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache mortalità 30gg: massima: **4%** (DM 70)
- colecistectomia laparoscopica % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 gg: **70%** (DM 70)
- colecistectomia laparoscopica volume minimo: **100** (DM 70)
- intervento chirurgico per TM mammella volume minimo: **150** (DM 70)
- proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno: **9%** (media Italia PNE)
- intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30gg: **4%** (media Italia PNE)
- interventi chirurgici per frattura del femore entro 48 ore: **70%** (riferimento regionale)

Per ciascun indicatore il sistema di valutazione sono definite **5 classi di valutazione**:

Molto alto – Alto – Medio – Basso – Molto basso.

A ciascuna delle classi di valutazione è stato attribuito un punteggio variabile da 1 (molto alta qualità) a 5 (molto bassa qualità).

Ai fini informativi si riporta di seguito la griglia predisposta da Agenas per la valutazione Treemap, nella quale sono evidenziati gli intervalli dei valori di ciascun indicatore che ne determinano l'attribuzione ad una specifica classe.

Standard di qualità

			MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Area clinica	Indicatore	Peso (%)	1	2	3	4	5
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 giorni	30 %	≤ 6	6-18	8-12	12-14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15 %	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 6	6-19	9-14	14-18	> 18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20 %	≤ 1.5		1.5-1.4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15 %	≤ 1.5		1.5-1.4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 1		1-3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75 %	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25 %	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100 %	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	50 %	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33 %	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17 %	≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17 %	≤ 0.5		0.5-1.3		> 3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8 %	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25 %	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80 %	≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.20		0.20-1.070		> 0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.30		0.30-1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10 gg	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

3.1.1 Esiti economici secondo la valutazione TREEMAP

Il posizionamento del valore dell'indicatore nelle diverse classi di valutazione comporterà un premialità od una penalità come di seguito rappresentato:

- area indicata nel treemap come **“molto alta”** >> incremento del 2,5% del valore della produzione secondo semestre valutata con quell'indicatore
- area indicata nel treemap come **“molto bassa”** >> riduzione del 2,5% del valore della produzione secondo semestre valutata con quell'indicatore

3.2 *Attesa media acuzie per azienda di residenza – criticità - anno 2016*

Dati 2016			gg medie x classi di prenotazione		
cod MDC	MDC	COD AZIENDA	A	B	C
03	Orecchio, naso e gola	201	34,34	119,22	162,52
03	Orecchio, naso e gola	202	51,52	140,84	165,54
03	Orecchio, naso e gola	203	45,38	145,48	143,45
03	Orecchio, naso e gola	204	31,08	80,14	42,66
03	Orecchio, naso e gola	205	37,20	157,39	144,10
03	Orecchio, naso e gola	206	16,98	93,04	87,30
03	Orecchio, naso e gola	207	22,10	62,07	60,32
03	Orecchio, naso e gola	208	29,65	107,59	207,93
03	Orecchio, naso e gola	209	33,24	82,52	149,96
03	Orecchio, naso e gola	210	21,48	74,75	118,27
03	Orecchio, naso e gola	211	25,90	84,29	106,98
03	Orecchio, naso e gola	212	38,44	82,19	362,46
03	Orecchio, naso e gola	213	27,30	73,08	117,88
		REGIONE	34,19	102,92	133,87
06	Apparato digerente	201	44,34	91,30	187,95
06	Apparato digerente	202	35,22	144,00	253,31
06	Apparato digerente	203	38,84	72,45	145,70
06	Apparato digerente	204	21,06	59,67	107,68
06	Apparato digerente	205	32,63	93,38	162,83
06	Apparato digerente	206	20,81	48,87	61,11
06	Apparato digerente	207	15,51	97,55	47,78
06	Apparato digerente	208	23,08	60,31	194,30
06	Apparato digerente	209	27,69	132,25	144,89
06	Apparato digerente	210	26,59	100,29	113,53
06	Apparato digerente	211	33,15	65,47	93,50
06	Apparato digerente	212	32,30	74,05	384,15
06	Apparato digerente	213	17,08	57,15	52,02
		REGIONE	29,91	84,20	142,34

Dati 2016

gg medie x classi di
prenotazione

cod MDC	MDC	COD AZIENDA	A	B	C
07	Epatobiliari e pancreas	201	40,33	106,61	129,96
07	Epatobiliari e pancreas	202	37,67	175,51	232,87
07	Epatobiliari e pancreas	203	38,85	74,54	97,32
07	Epatobiliari e pancreas	204	25,55	89,59	117,01
07	Epatobiliari e pancreas	205	29,35	83,86	74,50
07	Epatobiliari e pancreas	206	22,35	44,12	38,75
07	Epatobiliari e pancreas	207	14,85	82,38	133,00
07	Epatobiliari e pancreas	208	15,31	55,40	115,76
07	Epatobiliari e pancreas	209	29,20	67,63	74,07
07	Epatobiliari e pancreas	210	20,79	60,64	80,24
07	Epatobiliari e pancreas	211	25,29	51,68	47,01
07	Epatobiliari e pancreas	212	25,66	73,87	243,51
07	Epatobiliari e pancreas	213	16,32	67,71	64,04
		REGIONE	29,15	88,17	112,39
08	Apparato muscoloscheletrico	201	18,93	132,39	212,48
08	Apparato muscoloscheletrico	202	33,13	148,50	167,71
08	Apparato muscoloscheletrico	203	25,15	160,47	167,10
08	Apparato muscoloscheletrico	204	19,32	94,19	154,58
08	Apparato muscoloscheletrico	205	21,71	115,56	166,74
08	Apparato muscoloscheletrico	206	23,25	61,53	121,53
08	Apparato muscoloscheletrico	207	20,09	35,65	132,13
08	Apparato muscoloscheletrico	208	23,27	79,87	180,47
08	Apparato muscoloscheletrico	209	28,84	90,92	146,16
08	Apparato muscoloscheletrico	210	34,06	133,60	155,05
08	Apparato muscoloscheletrico	211	18,61	115,07	87,10
08	Apparato muscoloscheletrico	212	17,42	103,23	152,67
08	Apparato muscoloscheletrico	213	17,83	44,50	50,95
		REGIONE	23,10	100,02	142,75
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	201	53,93	175,84	213,96
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	202	53,42	154,45	221,57
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	203	69,34	210,32	203,68
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	204	36,59	143,95	174,60
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	205	68,39	174,24	138,71
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	206	44,73	111,79	98,62
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	207	34,06	92,67	94,85
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	208	32,25	98,50	155,87
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	209	50,81	147,76	115,86

Dati 2016

gg medie x classi di
prenotazione

cod MDC	MDC	COD AZIENDA	A	B	C
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	210	43,19	76,90	75,07
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	211	60,15	82,46	75,03
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	212	52,73	160,30	179,12
10	Endocrini, metabolici e nutrizionali	213	33,45	75,26	111,26
		REGIONE	49,24	126,59	146,54
12	Apparato produttivo maschile	201	60,09	154,28	258,87
12	Apparato produttivo maschile	202	86,29	182,89	239,12
12	Apparato produttivo maschile	203	75,12	221,69	281,52
12	Apparato produttivo maschile	204	69,97	50,81	83,13
12	Apparato produttivo maschile	205	58,64	129,00	212,49
12	Apparato produttivo maschile	206	34,21	91,38	154,60
12	Apparato produttivo maschile	207	39,24	78,71	35,83
12	Apparato produttivo maschile	208	28,80	90,56	195,45
12	Apparato produttivo maschile	209	62,31	129,92	243,24
12	Apparato produttivo maschile	210	43,58	97,70	209,88
12	Apparato produttivo maschile	211	29,63	105,22	104,46
12	Apparato produttivo maschile	212	53,63	215,35	338,63
12	Apparato produttivo maschile	213	33,81	82,90	78,33
		REGIONE	58,19	124,26	176,12

4. ALLEGATI DELLE PREST. DI RICOVERO

4.1 Allegato 1 Tabella DRG con le macrocategorie per ricoveri per acuzie

DRG	classifica
001 - Craniotomia. Età > 17 Anni Con Cc	1-ALTA
002 - Craniotomia. Età > 17 Anni Senza Cc	1-ALTA
003 - Craniotomia. Età < 18 Anni	1-ALTA
006 - Decompressione Del Tunnel Carpale	4_LEA
007 - Interventi Su Nervi Periferici E Cranici E Altri Interventi Su Sistema Nervoso Con Cc	1-ALTA
008 - Interventi Su Nervi Periferici E Cranici E Altri Interventi Su Sistema Nervoso Senza Cc	4_LEA
009 - Malattie E Traumatismi Del Midollo Spinale	2_MEDIA
010 - Neoplasie Del Sistema Nervoso Con Cc	2_MEDIA
011 - Neoplasie Del Sistema Nervoso Senza Cc	2_MEDIA
012 - Malattie Degenerative Del Sistema Nervoso	3_BASSA

DRG	classifica
013 - Sclerosi Multipla E Atassia Cerebellare	4_LEA
014 - Emorragia Intracranica O Infarto Cerebrale	2_MEDIA
015 - Malattie Cerebrovascolari Acute Aspecifiche E Occlusione Precerebrale Senza Infarto	3_BASSA
016 - Malattie Cerebrovascolari Aspecifiche Con Cc	2_MEDIA
017 - Malattie Cerebrovascolari Aspecifiche Senza Cc	3_BASSA
018 - Malattie Dei Nervi Cranici E Periferici Con Cc	2_MEDIA
019 - Malattie Dei Nervi Cranici E Periferici Senza Cc	4_LEA
021 - Meningite Virale	3_BASSA
022 - Encefalopatia Ipertensiva	3_BASSA
023 - Stato Stuporoso E Coma Di Origine Non Traumatica	3_BASSA
026 - Convulsioni E Cefalea. Età < 18 Anni	3_BASSA
027 - Stato Stuporoso E Coma Di Origine Traumatica. Coma > 1 Ora	2_MEDIA
028 - Stato Stuporoso E Coma Di Origine Traumatica. Coma < 1 Ora. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
029 - Stato Stuporoso E Coma Di Origine Traumatica. Coma < 1 Ora. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
030 - Stato Stuporoso E Coma Di Origine Traumatica. Coma < 1 Ora. Età < 18 Anni	3_BASSA
031 - Commozione Cerebrale. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
032 - Commozione Cerebrale. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
033 - Commozione Cerebrale. Età < 18 Anni	3_BASSA
034 - Altre Malattie Del Sistema Nervoso Con Cc	2_MEDIA
035 - Altre Malattie Del Sistema Nervoso Senza Cc	3_BASSA
036 - Interventi Sulla Retina	4_LEA
037 - Interventi Sull'Orbita	2_MEDIA
038 - Interventi Primari Sull'Iride	4_LEA
039 - Interventi Sul Cristallino Con O Senza Vitrectomia	4_LEA
040 - Interventi Sulle Strutture Extraoculari Eccetto L'Orbita. Età > 17 Anni	4_LEA
041 - Interventi Sulle Strutture Extraoculari Eccetto L'Orbita. Età < 18 Anni	4_LEA
042 - Interventi Sulle Strutture Intraoculari Eccetto Retina. Iride E Cristallino	4_LEA
043 - Ifema	3_BASSA
044 - Infezioni Acute Maggiori Dell'Occhio	3_BASSA
045 - Malattie Neurologiche Dell'Occhio	3_BASSA
046 - Altre Malattie Dell'Occhio. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
047 - Altre Malattie Dell'Occhio. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
048 - Altre Malattie Dell'Occhio. Età < 18 Anni	3_BASSA
049 - Interventi Maggiori Sul Capo E Sul Collo	1-ALTA
050 - Sialoadenectomia	2_MEDIA
051 - Interventi Sulle Ghiandole Salivari Eccetto Sialoadenectomia	4_LEA
052 - Riparazione Di Cheiloschisi E Di Palatoschisi	2_MEDIA
053 - Interventi Su Seni E Mastoide. Età > 17 Anni	3_BASSA
054 - Interventi Su Seni E Mastoide. Età < 18 Anni	2_MEDIA
055 - Miscellanea Di Interventi Su Orecchio. Naso. Bocca E Gola	4_LEA
056 - Rinoplastica	3_BASSA

DRG	classifica
057 - Interventi Su Tonsille E Adenoidi Eccetto Solo Tonsillectomia E/O Adenoidectomia. Età >17 Anni	3_BASSA
058 - Interventi Su Tonsille E Adenoidi Eccetto Solo Tonsillectomia E/O Adenoidectomia. Età < 18 Anni	3_BASSA
059 - Tonsillectomia E/O Adenoidectomia. Età > 17 Anni	4_LEA
060 - Tonsillectomia E/O Adenoidectomia. Età < 18 Anni	4_LEA
061 - Miringotomia Con Inserzione Di Tubo. Età > 17 Anni	4_LEA
062 - Miringotomia Con Inserzione Di Tubo. Età < 18 Anni	4_LEA
063 - Altri Interventi Su Orecchio. Naso. Bocca E Gola	2_MEDIA
064 - Neoplasie Maligne Di Orecchio. Naso. Bocca E Gola	2_MEDIA
065 - Alterazioni Dell'Equilibrio	4_LEA
066 - Epistassi	3_BASSA
067 - Epiglottite	3_BASSA
068 - Otite Media E Infezioni Alte Vie Respiratorie. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
069 - Otite Media E Infezioni Alte Vie Respiratorie. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
070 - Otite Media E Infezioni Alte Vie Respiratorie. Età < 18 Anni	4_LEA
071 - Laringotracheite	3_BASSA
072 - Traumatismi E Deformità Del Naso	3_BASSA
073 - Altre Diagnosi Relative A Orecchio. Naso. Bocca E Gola. Età > 17 Anni	4_LEA
074 - Altre Diagnosi Relative A Orecchio. Naso. Bocca E Gola. Età < 18 Anni	4_LEA
075 - Interventi Maggiori Sul Torace	1-ALTA
076 - Altri Interventi Sull'Apparato Respiratorio Con Cc	1-ALTA
077 - Altri Interventi Sull'Apparato Respiratorio Senza Cc	2_MEDIA
078 - Embolia Polmonare	2_MEDIA
079 - Infezioni E Infiammazioni Respiratorie. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
080 - Infezioni E Infiammazioni Respiratorie. Età > 17 Anni Senza Cc	2_MEDIA
081 - Infezioni E Infiammazioni Respiratorie. Età < 18 Anni	2_MEDIA
082 - Neoplasie Dell'Apparato Respiratorio	2_MEDIA
083 - Traumi Maggiori Del Torace Con Cc	3_BASSA
084 - Traumi Maggiori Del Torace Senza Cc	3_BASSA
085 - Versamento Pleurico Con Cc	2_MEDIA
086 - Versamento Pleurico Senza Cc	2_MEDIA
087 - Edema Polmonare E Insufficienza Respiratoria	2_MEDIA
088 - Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva	4_LEA
089 - Polmonite Semplice E Pleurite. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
090 - Polmonite Semplice E Pleurite. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
091 - Polmonite Semplice E Pleurite. Età < 18 Anni	3_BASSA
092 - Malattia Polmonare Interstiziale Con Cc	2_MEDIA
093 - Malattia Polmonare Interstiziale Senza Cc	3_BASSA
094 - Pneumotorace Con Cc	2_MEDIA
095 - Pneumotorace Senza Cc	3_BASSA
096 - Bronchite E Asma. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
097 - Bronchite E Asma. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
098 - Bronchite E Asma. Età < 18 Anni	3_BASSA

DRG	classifica
099 - Segni E Sintomi Respiratori Con Cc	3_BASSA
100 - Segni E Sintomi Respiratori Senza Cc	3_BASSA
101 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Respiratorio Con Cc	3_BASSA
102 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Respiratorio Senza Cc	3_BASSA
103 - Trapianto Di Cuore O Impianto Di Sistema Di Assistenza Cardiaca	1-ALTA
104 - Interventi Sulle Valvole Cardiache E Altri Interventi Maggiori Cardiotoracici Con Cateterismo Cardiaco	1-ALTA
105 - Interventi Sulle Valvole Cardiache E Altri Interventi Maggiori Cardiotoracici Senza Cateterismo Cardiaco	1-ALTA
106 - Bypass Coronarico Con Ptca	1-ALTA
108 - Altri Interventi Cardiotoracici	1-ALTA
110 - Interventi Maggiori Sul Sistema Cardiovascolare Con Cc	1-ALTA
111 - Interventi Maggiori Sul Sistema Cardiovascolare Senza Cc	1-ALTA
113 - Amputazione Per Disturbi Circolatori Eccetto Amputazione Arto Superiore E Dita Piede	2_MEDIA
114 - Amputazione Arto Superiore E Dita Piede Per Malattie Apparato Circolatorio	2_MEDIA
117 - Revisione Del Pacemaker Cardiaco. Eccetto Sostituzione	2_MEDIA
118 - Sostituzione Di Pacemaker Cardiaco	2_MEDIA
119 - Legatura E Stripping Di Vene	4_LEA
120 - Altri Interventi Sull'Apparato Circolatorio	2_MEDIA
121 - Malattie Cardiovascolari Con Infarto Miocardico Acuto E Complicanze Maggiori. Dimessi Vivi	2_MEDIA
122 - Malattie Cardiovascolari Con Infarto Miocardico Acuto Senza Complicanze Maggiori. Dimessi Vivi	2_MEDIA
123 - Malattie Cardiovascolari Con Infarto Miocardico Acuto. Morti	2_MEDIA
124 - Malattie Cardiovascolari Eccetto Infarto Miocardico Acuto. Con Cateterismo Cardiaco E Diagnosi Complicata	2_MEDIA
125 - Malattie Cardiovascolari Eccetto Infarto Miocardico Acuto. Con Cateterismo Cardiaco E Diagnosi Non Complicata	3_BASSA
126 - Endocardite Acuta E Subacuta	2_MEDIA
127 - Insufficienza Cardiaca E Shock	2_MEDIA
128 - Tromboflebite Delle Vene Profonde	3_BASSA
129 - Arresto Cardiaco Senza Causa Apparente	2_MEDIA
130 - Malattie Vascolari Periferiche Con Cc	2_MEDIA
131 - Malattie Vascolari Periferiche Senza Cc	4_LEA
132 - Aterosclerosi Con Cc	3_BASSA
133 - Aterosclerosi Senza Cc	4_LEA
134 - Ipertensione	4_LEA
135 - Malattie Cardiache Congenite E Valvolari. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
136 - Malattie Cardiache Congenite E Valvolari. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
137 - Malattie Cardiache Congenite E Valvolari. Età < 18 Anni	3_BASSA
138 - Aritmia E Alterazioni Della Conduzione Cardiaca Con Cc	3_BASSA
139 - Aritmia E Alterazioni Della Conduzione Cardiaca Senza Cc	4_LEA
140 - Angina Pectoris	3_BASSA
141 - Sincope E Collasso Con Cc	3_BASSA

DRG	classifica
142 - Sincope E Collasso Senza Cc	4_LEA
143 - Dolore Toracico	3_BASSA
144 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Circolatorio Con Cc	2_MEDIA
145 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Circolatorio Senza Cc	3_BASSA
146 - Resezione Rettale Con Cc	1-ALTA
147 - Resezione Rettale Senza Cc	1-ALTA
149 - Interventi Maggiori Su Intestino Crasso E Tenue Senza Cc	1-ALTA
150 - Lisi Di Aderenze Peritoneali Con Cc	2_MEDIA
151 - Lisi Di Aderenze Peritoneali Senza Cc	2_MEDIA
152 - Interventi Minori Su Intestino Crasso E Tenue Con Cc	2_MEDIA
153 - Interventi Minori Su Intestino Crasso E Tenue Senza Cc	2_MEDIA
155 - Interventi Su Esofago. Stomaco E Duodeno. Età > 17 Anni Senza Cc	2_MEDIA
156 - Interventi Su Esofago. Stomaco E Duodeno. Età < 18 Anni	1-ALTA
157 - Interventi Su Ano E Stoma Con Cc	2_MEDIA
158 - Interventi Su Ano E Stoma Senza Cc	4_LEA
159 - Interventi Per Ernia. Eccetto Inguinale E Femorale. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
160 - Interventi Per Ernia. Eccetto Inguinale E Femorale. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
161 - Interventi Per Ernia Inguinale E Femorale. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
162 - Interventi Per Ernia Inguinale E Femorale. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
163 - Interventi Per Ernia. Età < 18 Anni	4_LEA
164 - Appendicectomia Con Diagnosi Principale Complicata Con Cc	2_MEDIA
165 - Appendicectomia Con Diagnosi Principale Complicata Senza Cc	2_MEDIA
166 - Appendicectomia Con Diagnosi Principale Non Complicata Con Cc	2_MEDIA
167 - Appendicectomia Con Diagnosi Principale Non Complicata Senza Cc	3_BASSA
168 - Interventi Sulla Bocca Con Cc	4_LEA
169 - Interventi Sulla Bocca Senza Cc	4_LEA
170 - Altri Interventi Sull'Apparato Digerente Con Cc	2_MEDIA
171 - Altri Interventi Sull'Apparato Digerente Senza Cc	2_MEDIA
172 - Neoplasie Maligne Dell'Apparato Digerente Con Cc	2_MEDIA
173 - Neoplasie Maligne Dell'Apparato Digerente Senza Cc	3_BASSA
174 - Emorragia Gastrointestinale Con Cc	2_MEDIA
175 - Emorragia Gastrointestinale Senza Cc	3_BASSA
176 - Ulcera Peptica Complicata	2_MEDIA
177 - Ulcera Peptica Non Complicata Con Cc	3_BASSA
178 - Ulcera Peptica Non Complicata Senza Cc	3_BASSA
179 - Malattie Infiammatorie Dell'Intestino	2_MEDIA
180 - Occlusione Gastrointestinale Con Cc	3_BASSA
181 - Occlusione Gastrointestinale Senza Cc	3_BASSA
182 - Esofagite. Gastroenterite E Miscellanea Di Malattie Dell'Apparato Digerente. Età >17 Anni Con Cc	3_BASSA
183 - Esofagite. Gastroenterite E Miscellanea Di Malattie Dell'Apparato Digerente. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
184 - Esofagite. Gastroenterite E Miscellanea Di Malattie Dell'Apparato Digerente. Età < 18 Anni	4_LEA

DRG	classifica
185 - Malattie Dei Denti E Del Cavo Orale. Eccetto Estrazione E Riparazione. Età > 17 Anni	3_BASSA
186 - Malattie Dei Denti E Del Cavo Orale. Eccetto Estrazione E Riparazione. Età < 18 Anni	3_BASSA
187 - Estrazioni E Riparazioni Dentali	4_LEA
188 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Digerente. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
189 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Digerente. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
190 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Digerente. Età < 18 Anni	3_BASSA
191 - Interventi Su Pancreas. Fegato E Di Shunt Con Cc	1-ALTA
192 - Interventi Su Pancreas. Fegato E Di Shunt Senza Cc	1-ALTA
193 - Interventi Sulle Vie Biliari Eccetto Colectomia Isolata Con O Senza Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Con Cc	1-ALTA
194 - Interventi Sulle Vie Biliari. Eccetto Colectomia Isolata Con O Senza Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Senza Cc	2_MEDIA
195 - Colectomia Con Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Con Cc	2_MEDIA
196 - Colectomia Con Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Senza Cc	2_MEDIA
197 - Colectomia Eccetto Laparoscopica Senza Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Con Cc	2_MEDIA
198 - Colectomia Eccetto Laparoscopica Senza Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Senza Cc	2_MEDIA
199 - Procedure Diagnostiche Epatobiliari Per Neoplasie Maligne	2_MEDIA
200 - Procedure Diagnostiche Epatobiliari Non Per Neoplasie Maligne	2_MEDIA
201 - Altri Interventi Epatobiliari O Sul Pancreas	2_MEDIA
202 - Cirrosi E Epatite Alcolica	2_MEDIA
203 - Neoplasie Maligne Dell'Apparato Epatobiliare O Del Pancreas	2_MEDIA
204 - Malattie Del Pancreas Eccetto Neoplasie Maligne	2_MEDIA
205 - Malattie Del Fegato Eccetto Neoplasie Maligne. Cirrosi. Epatite Alcolica Con Cc	2_MEDIA
206 - Malattie Del Fegato Eccetto Neoplasie Maligne. Cirrosi. Epatite Alcolica Senza Cc	4_LEA
207 - Malattie Delle Vie Biliari Con Cc	2_MEDIA
208 - Malattie Delle Vie Biliari Senza Cc	4_LEA
210 - Interventi Su Anca E Femore. Eccetto Articolazioni Maggiori. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
211 - Interventi Su Anca E Femore. Eccetto Articolazioni Maggiori. Età > 17 Anni Senza Cc	2_MEDIA
212 - Interventi Su Anca E Femore. Eccetto Articolazioni Maggiori. Età < 18 Anni	2_MEDIA
213 - Amputazioni Per Malattie Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Tessuto Connettivo	2_MEDIA
216 - Biopsie Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Tessuto Connettivo	2_MEDIA
217 - Sbrigliamento Ferita E Trapianto Cutaneo Eccetto Mano. Per Malattie Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Tessuto Connettivo	1-ALTA
218 - Interventi Su Arto Inferiore E Omero Eccetto Anca. Piede E Femore. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
219 - Interventi Su Arto Inferiore E Omero Eccetto Anca. Piede E Femore. Età > 17 Anni Senza Cc	2_MEDIA
220 - Interventi Su Arto Inferiore E Omero Eccetto Anca. Piede E Femore. Età < 18 Anni	2_MEDIA
223 - Interventi Maggiori Su Spalla E Gomito O Altri Interventi Su Arto Superiore Con Cc	2_MEDIA

DRG	classifica
224 - Interventi Su Spalla. Gomito O Avambraccio Eccetto Interventi Maggiori Su Articolazioni Senza Cc	2_MEDIA
225 - Interventi Sul Piede	3_BASSA
226 - Interventi Sui Tessuti Molli Con Cc	2_MEDIA
227 - Interventi Sui Tessuti Molli Senza Cc	4_LEA
228 - Interventi Maggiori Sul Pollice O Sulle Articolazioni O Altri Interventi Mano O Polso Con Cc	4_LEA
229 - Interventi Su Mano O Polso Eccetto Interventi Maggiori Sulle Articolazioni. Senza Cc	4_LEA
230 - Escissione Locale E Rimozione Di Mezzi Di Fissaggio Intramidollare Di Anca E Femore	3_BASSA
232 - Artroscopia	4_LEA
233 - Altri Interventi Su Sistema Muscolo-Scheletrico E Tessuto Connettivo Con Cc	2_MEDIA
234 - Altri Interventi Su Sistema Muscolo-Scheletrico E Tessuto Connettivo Senza Cc	2_MEDIA
235 - Fratture Del Femore	3_BASSA
236 - Fratture Dell'Anca E Della Pelvi	3_BASSA
237 - Distorsioni. Stiramenti E Lussazioni Di Anca. Pelvi E Coscia	3_BASSA
238 - Osteomielite	2_MEDIA
239 - Fratture Patologiche E Neoplasie Maligne Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Tessuto Connettivo	2_MEDIA
240 - Malattie Del Tessuto Connettivo Con Cc	2_MEDIA
241 - Malattie Del Tessuto Connettivo Senza Cc	4_LEA
242 - Artrite Settica	2_MEDIA
243 - Affezioni Mediche Del Dorso	4_LEA
244 - Malattie Dell'Osso E Artropatie Specifiche Con Cc	3_BASSA
245 - Malattie Dell'Osso E Artropatie Specifiche Senza Cc	4_LEA
246 - Artropatie Non Specifiche	3_BASSA
247 - Segni E Sintomi Relativi Al Sistema Muscolo-Scheletrico E Al Tessuto Connettivo	3_BASSA
248 - Tendinite. Miosite E Borsite	4_LEA
249 - Assistenza Riabilitativa Per Malattie Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	4_LEA
250 - Fratture. Distorsioni. Stiramenti E Lussazioni Di Avambraccio. Mano E Piede. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
251 - Fratture. Distorsioni. Stiramenti E Lussazioni Di Avambraccio. Mano E Piede. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
252 - Fratture. Distorsioni. Stiramenti E Lussazioni Di Avambraccio. Mano E Piede. Età < 18 Anni	4_LEA
253 - Fratture. Distorsioni. Stiramenti E Lussazioni Di Braccio. Gamba. Eccetto Piede. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
254 - Fratture. Distorsioni. Stiramenti E Lussazioni Di Braccio. Gamba. Eccetto Piede. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
255 - Fratture. Distorsioni. Stiramenti E Lussazioni Di Braccio. Gamba. Eccetto Piede. Età < 18 Anni	3_BASSA
256 - Altre Diagnosi Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	4_LEA
257 - Mastectomia Totale Per Neoplasie Maligne Con Cc	2_MEDIA
258 - Mastectomia Totale Per Neoplasie Maligne Senza Cc	2_MEDIA

DRG	classifica
259 - Mastectomia Subtotale Per Neoplasie Maligne Con Cc	2_MEDIA
260 - Mastectomia Subtotale Per Neoplasie Maligne Senza Cc	3_BASSA
261 - Interventi Sulla Mammella Non Per Neoplasie Maligne Eccetto Biopsia E Escissione Locale	2_MEDIA
262 - Biopsia Della Mammella E Escissione Locale Non Per Neoplasie Maligne	4_LEA
263 - Trapianti Di Pelle E/O Sbrigliamenti Per Ulcere Della Pelle O Cellulite Con Cc	2_MEDIA
264 - Trapianti Di Pelle E/O Sbrigliamenti Per Ulcere Pelle O Cellulite Senza Cc	2_MEDIA
265 - Trapianti Di Pelle E/O Sbrigliamenti Eccetto Per Ulcere Della Pelle/Cellulite Con Cc	2_MEDIA
266 - Trapianti Di Pelle E/O Sbrigliamenti Eccetto Per Ulcere Della Pelle/Cellulite Senza Cc	4_LEA
267 - Interventi Perianali E Pilonidali	3_BASSA
268 - Chirurgia Plastica Della Pelle. Del Tessuto Sottocutaneo E Della Mammella	4_LEA
269 - Altri Interventi Su Pelle. Tessuto Sottocutaneo E Mammella Con Cc	2_MEDIA
270 - Altri Interventi Su Pelle. Tessuto Sottocutaneo E Mammella Senza Cc	4_LEA
271 - Ulcere Della Pelle	2_MEDIA
272 - Malattie Maggiori Della Pelle Con Cc	3_BASSA
273 - Malattie Maggiori Della Pelle Senza Cc	3_BASSA
274 - Neoplasie Maligne Della Mammella Con Cc	2_MEDIA
275 - Neoplasie Maligne Della Mammella Senza Cc	3_BASSA
276 - Patologie Non Maligne Della Mammella	4_LEA
277 - Cellulite. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
278 - Cellulite. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
279 - Cellulite. Età < 18 Anni	3_BASSA
280 - Traumi Della Pelle. Del Tessuto Sottocutaneo E Della Mammella. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
281 - Traumi Della Pelle. Del Tessuto Sottocutaneo E Della Mammella. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
282 - Traumi Della Pelle. Del Tessuto Sottocutaneo E Della Mammella. Età < 18 Anni	4_LEA
283 - Malattie Minori Della Pelle Con Cc	4_LEA
284 - Malattie Minori Della Pelle Senza Cc	4_LEA
285 - Amputazioni Di Arto Inferiore Per Malattie Endocrine. Nutrizionali O Metaboliche	2_MEDIA
286 - Interventi Sul Surrene E Sulla Ipofisi	1-ALTA
287 - Trapianti Cutanei E Sbrigliamento Di Ferite Per Malattie Endocrine. Nutrizionali E Metaboliche	1-ALTA
288 - Interventi Per Obesità	2_MEDIA
289 - Interventi Sulle Paratiroidi	3_BASSA
290 - Interventi Sulla Tiroide	3_BASSA
291 - Interventi Sul Dotto Tireoglosso	3_BASSA
292 - Altri Interventi Per Malattie Endocrine. Nutrizionali E Metaboliche Con Cc	2_MEDIA
293 - Altri Interventi Per Malattie Endocrine. Nutrizionali E Metaboliche Senza Cc	2_MEDIA
294 - Diabete. Età > 35 Anni	4_LEA
295 - Diabete. Età < 36 Anni	4_LEA

DRG	classifica
296 - Disturbi Della Nutrizione E Miscellanea Di Disturbi Del Metabolismo. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
297 - Disturbi Della Nutrizione E Miscellanea Di Disturbi Del Metabolismo. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
298 - Disturbi Della Nutrizione E Miscellanea Di Disturbi Del Metabolismo. Età < 18 Anni	3_BASSA
299 - Difetti Congeniti Del Metabolismo	4_LEA
300 - Malattie Endocrine Con Cc	3_BASSA
301 - Malattie Endocrine Senza Cc	4_LEA
302 - Trapianto Renale	1-ALTA
303 - Interventi Su Rene E Uretere Per Neoplasia	1-ALTA
304 - Interventi Su Rene E Uretere. Non Per Neoplasia Con Cc	1-ALTA
305 - Interventi Su Rene E Uretere. Non Per Neoplasia Senza Cc	2_MEDIA
306 - Prostatectomia Con Cc	2_MEDIA
307 - Prostatectomia Senza Cc	2_MEDIA
308 - Interventi Minori Sulla Vescica Con Cc	2_MEDIA
309 - Interventi Minori Sulla Vescica Senza Cc	2_MEDIA
310 - Interventi Per Via Transuretrale Con Cc	2_MEDIA
311 - Interventi Per Via Transuretrale Senza Cc	3_BASSA
312 - Interventi Sull'Uretra. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
313 - Interventi Sull'Uretra. Età > 17 Anni Senza Cc	2_MEDIA
314 - Interventi Sull'Uretra. Età < 18 Anni	2_MEDIA
315 - Altri Interventi Sul Rene E Sulle Vie Urinarie	2_MEDIA
316 - Insufficienza Renale	2_MEDIA
317 - Ricovero Per Dialisi Renale	4_LEA
318 - Neoplasie Del Rene E Delle Vie Urinarie Con Cc	2_MEDIA
319 - Neoplasie Del Rene E Delle Vie Urinarie Senza Cc	3_BASSA
320 - Infezioni Del Rene E Delle Vie Urinarie. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
321 - Infezioni Del Rene E Delle Vie Urinarie. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
322 - Infezioni Del Rene E Delle Vie Urinarie. Età < 18 Anni	3_BASSA
323 - Calcolosi Urinaria Con Cc E/O Litotripsia Mediante Ultrasuoni	4_LEA
324 - Calcolosi Urinaria Senza Cc	4_LEA
325 - Segni E Sintomi Relativi A Rene E Vie Urinarie. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
326 - Segni E Sintomi Relativi A Rene E Vie Urinarie. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
327 - Segni E Sintomi Relativi A Rene E Vie Urinarie. Età < 18 Anni	4_LEA
328 - Stenosi Uretrale. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
329 - Stenosi Uretrale. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
330 - Stenosi Uretrale. Età < 18 Anni	3_BASSA
331 - Altre Diagnosi Relative A Rene E Vie Urinarie. Età > 17 Anni Con Cc	2_MEDIA
332 - Altre Diagnosi Relative A Rene E Vie Urinarie. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
333 - Altre Diagnosi Relative A Rene E Vie Urinarie. Età < 18 Anni	4_LEA
334 - Interventi Maggiori Sulla Pelvi Maschile Con Cc	2_MEDIA
335 - Interventi Maggiori Sulla Pelvi Maschile Senza Cc	2_MEDIA
336 - Prostatectomia Transuretrale Con Cc	2_MEDIA

DRG	classifica
337 - Prostatectomia Transuretrale Senza Cc	3_BASSA
338 - Interventi Sul Testicolo Per Neoplasia Maligna	3_BASSA
339 - Interventi Sul Testicolo Non Per Neoplasie Maligne. Età > 17 Anni	4_LEA
340 - Interventi Sul Testicolo Non Per Neoplasie Maligne. Età < 18 Anni	4_LEA
341 - Interventi Sul Pene	2_MEDIA
342 - Circoncisione. Età > 17 Anni	4_LEA
343 - Circoncisione. Età < 18 Anni	4_LEA
344 - Altri Interventi Sull'Apparato Riproduttivo Maschile Per Neoplasie Maligne	3_BASSA
345 - Altri Interventi Sull'Apparato Riproduttivo Maschile Eccetto Per Neoplasie Maligne	4_LEA
346 - Neoplasie Maligne Dell'Apparato Genitale Maschile Con Cc	2_MEDIA
347 - Neoplasie Maligne Dell'Apparato Genitale Maschile Senza Cc	3_BASSA
348 - Iperptrofia Prostatica Benigna Con Cc	3_BASSA
349 - Iperptrofia Prostatica Benigna Senza Cc	4_LEA
350 - Infiammazioni Dell'Apparato Riproduttivo Maschile	3_BASSA
352 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Riproduttivo Maschile	4_LEA
353 - Eviscerazione Pelvica. Isterectomia Radicale E Vulvectomia Radicale	1-ALTA
354 - Interventi Su Utero E Su Annessi Per Neoplasie Maligne Non Dell'Ovaio O Degli Annessi Con Cc	2_MEDIA
355 - Interventi Su Utero E Su Annessi Per Neoplasie Maligne Non Dell'Ovaio O Degli Annessi Senza Cc	2_MEDIA
356 - Interventi Ricostruttivi Dell'Apparato Riproduttivo Femminile	3_BASSA
357 - Interventi Su Utero E Annessi Per Neoplasie Maligne Dell'Ovaio O Degli Annessi	1-ALTA
358 - Interventi Su Utero E Annessi Non Per Neoplasie Maligne Con Cc	2_MEDIA
359 - Interventi Su Utero E Annessi Non Per Neoplasie Maligne Senza Cc	3_BASSA
360 - Interventi Su Vagina. Cervice E Vulva	4_LEA
361 - Laparoscopia E Occlusione Laparotomica Delle Tube	3_BASSA
362 - Occlusione Endoscopica Delle Tube	4_LEA
363 - Dilatazione E Raschiamento. Conizzazione E Impianto Materiale Radioattivo Per Neoplasie Maligne	3_BASSA
364 - Dilatazione E Raschiamento. Conizzazione Eccetto Per Neoplasie Maligne	4_LEA
365 - Altri Interventi Sull'Apparato Riproduttivo Femminile	2_MEDIA
366 - Neoplasie Maligne Apparato Riproduttivo Femminile Con Cc	2_MEDIA
367 - Neoplasie Maligne Dell'Apparato Riproduttivo Femminile Senza Cc	3_BASSA
368 - Infezioni Dell'Apparato Riproduttivo Femminile	3_BASSA
369 - Disturbi Mestruali E Altri Disturbi Dell'Apparato Riproduttivo Femminile	4_LEA
370 - Parto Cesareo Con Cc	3_BASSA
371 - Parto Cesareo Senza Cc	3_BASSA
372 - Parto Vaginale Con Diagnosi Complicanti	3_BASSA
373 - Parto Vaginale Senza Diagnosi Complicanti	3_BASSA
374 - Parto Vaginale Con Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	3_BASSA
375 - Parto Vaginale Con Altro Intervento Eccetto Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	3_BASSA
376 - Diagnosi Relative A Postparto E Postaborto Senza Intervento Chirurgico	3_BASSA
377 - Diagnosi Relative A Postparto E Postaborto Con Intervento Chirurgico	4_LEA

DRG	classifica
378 - Gravidanza Ectopica	3_BASSA
379 - Minaccia Di Aborto	3_BASSA
380 - Aborto Senza Dilatazione E Raschiamento	3_BASSA
381 - Aborto Con Dilatazione E Raschiamento. Mediante Aspirazione O Isterotomia	4_LEA
382 - Falso Travaglio	3_BASSA
383 - Altre Diagnosi Parto Con Complicazioni Mediche	3_BASSA
384 - Altre Diagnosi Parto Senza Complicazioni Mediche	4_LEA
385 - Neonati Morti O Trasferiti Ad Altre Strutture Di Assistenza Per Acuti	3_BASSA
386 - Neonati Gravemente Immaturi O Con Sindrome Da Distress Respiratorio	1-ALTA
387 - Prematurità Con Affezioni Maggiori	1-ALTA
388 - Prematurità Senza Affezioni Maggiori	3_BASSA
389 - Neonati A Termine Con Affezioni Maggiori	3_BASSA
390 - Neonati Con Altre Affezioni Significative	3_BASSA
391 - Neonato Normale	3_BASSA
392 - Splenectomia. Età > 17 Anni	1-ALTA
393 - Splenectomia. Età < 18 Anni	2_MEDIA
394 - Altri Interventi Sugli Organi Emopoietici	2_MEDIA
395 - Anomalie Dei Globuli Rossi. Età > 17 Anni	4_LEA
396 - Anomalie Dei Globuli Rossi. Età < 18 Anni	4_LEA
397 - Disturbi Della Coagulazione	3_BASSA
398 - Disturbi Sistema Reticoloendoteliale E Immunitario Con Cc	2_MEDIA
399 - Disturbi Sistema Reticoloendoteliale E Immunitario Senza Cc	4_LEA
401 - Linfoma E Leucemia Non Acuta Con Altri Interventi Chirurgici Con Cc	1-ALTA
402 - Linfoma E Leucemia Non Acuta Con Altri Interventi Chirurgici Senza Cc	2_MEDIA
403 - Linfoma E Leucemia Non Acuta Con Cc	1-ALTA
404 - Linfoma E Leucemia Non Acuta Senza Cc	4_LEA
405 - Leucemia Acuta Senza Interventi Chirurgici Maggiori. Età < 18 Anni	1-ALTA
406 - Alterazioni Mieloproliferative O Neoplasie Poco Differenziate Con Interventi Maggiori Con Cc	1-ALTA
407 - Alterazioni Mieloproliferative O Neoplasie Poco Differenziate Con Interventi Maggiori Senza Cc	1-ALTA
408 - Alterazioni Mieloproliferative O Neoplasie Poco Differenziate Con Altri Interventi	2_MEDIA
409 - Radioterapia	1-ALTA
410 - Chemioterapia Non Associata A Diagnosi Secondaria Di Leucemia Acuta	4_LEA
411 - Anamnesi Di Neoplasia Maligna Senza Endoscopia	4_LEA
412 - Anamnesi Di Neoplasia Maligna Con Endoscopia	4_LEA
413 - Altre Alterazioni Mieloproliferative E Neoplasie Poco Differenziate Con Cc	2_MEDIA
414 - Altre Alterazioni Mieloproliferative E Neoplasie Poco Differenziate Senza Cc	3_BASSA
417 - Setticemia. Età < 18 Anni	3_BASSA
418 - Infezioni Post-Chirurgiche E Post-Traumatiche	2_MEDIA
419 - Febbre Di Origine Sconosciuta. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
420 - Febbre Di Origine Sconosciuta. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
421 - Malattie Di Origine Virale. Età > 17 Anni	3_BASSA
422 - Malattie Di Origine Virale E Febbre Di Origine Sconosciuta. Età < 18 Anni	3_BASSA

DRG	classifica
423 - Altre Diagnosi Relative A Malattie Infettive E Parassitarie	2_MEDIA
424 - Interventi Chirurgici Di Qualunque Tipo In Pazienti Con Diagnosi Principale Di Malattia Mentale	2_MEDIA
425 - Reazione Acuta Di Adattamento E Disfunzione Psicosociale	3_BASSA
426 - Nevrosi Depressive	4_LEA
427 - Nevrosi Eccetto Nevrosi Depressive	4_LEA
428 - Disturbi Della Personalità E Del Controllo Degli Impulsi	3_BASSA
429 - Disturbi Organici E Ritardo Mentale	4_LEA
430 - Psicosi	3_BASSA
431 - Disturbi Mentali Dell'Infanzia	3_BASSA
432 - Altre Diagnosi Relative A Disturbi Mentali	3_BASSA
433 - Abuso O Dipendenza Da Alcool/Farmaci; Dimesso Contro Il Parere Dei Sanitari	3_BASSA
439 - Trapianti Di Pelle Per Traumatismo	2_MEDIA
440 - Sbrigliamento Di Ferite Per Traumatismo	2_MEDIA
441 - Interventi Sulla Mano Per Traumatismo	2_MEDIA
442 - Altri Interventi Chirurgici Per Traumatismo Con Cc	1-ALTA
443 - Altri Interventi Chirurgici Per Traumatismo Senza Cc	2_MEDIA
444 - Traumatismi. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
445 - Traumatismi. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
446 - Traumatismi. Età < 18 Anni	3_BASSA
447 - Reazioni Allergiche. Età > 17 Anni	3_BASSA
448 - Reazioni Allergiche. Età < 18 Anni	3_BASSA
449 - Avvelenamenti Ed Effetti Tossici Farmaci. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
450 - Avvelenamenti Ed Effetti Tossici Dei Farmaci. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
451 - Avvelenamenti Ed Effetti Tossici Dei Farmaci. Età < 18 Anni	3_BASSA
452 - Complicazioni Di Trattamenti Con Cc	2_MEDIA
453 - Complicazioni Di Trattamenti Senza Cc	3_BASSA
454 - Altre Diagnosi Di Traumatismi. Avvelenamenti Ed Effetti Tossici Con Cc	3_BASSA
455 - Altre Diagnosi Di Traumatismi. Avvelenamenti Ed Effetti Tossici Senza Cc	3_BASSA
461 - Intervento Con Diagnosi Di Altro Contatto Con I Servizi Sanitari	2_MEDIA
462 - Riabilitazione	3_BASSA
463 - Segni E Sintomi Con Cc	3_BASSA
464 - Segni E Sintomi Senza Cc	3_BASSA
465 - Assistenza Riabilitativa Con Anamnesi Di Neoplasia Maligna Come Diagnosi Secondaria	4_LEA
466 - Assistenza Riabilitativa Senza Anamnesi Di Neoplasia Maligna Come Diagnosi Secondaria	4_LEA
467 - Altri Fattori Che Influenzano Lo Stato Di Salute	4_LEA
468 - Intervento Chirurgico Esteso Non Correlato Con La Diagnosi Principale	2_MEDIA
469 - Diagnosi Principale Non Valida Come Diagnosi Di Dimissione	3_BASSA
470 - Non Attribuibile Ad Altro Drg	3_BASSA
471 - Interventi Maggiori Bilaterali O Multipli Sulle Articolazioni Degli Arti Inferiori	1-ALTA
473 - Leucemia Acuta Senza Interventi Chirurgici Maggiori. Età > 17 Anni	1-ALTA
476 - Intervento Chirurgico Sulla Prostata Non Correlato Con La Diagnosi Principale	2_MEDIA

DRG	classifica
477 - Intervento Chirurgico Non Esteso Non Correlato Con La Diagnosi Principale	2_MEDIA
479 - Altri Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Senza Cc	2_MEDIA
480 - Trapianto Di Fegato E/O Trapianto Di Intestino	1-ALTA
481 - Trapianto Di Midollo Osseo	1-ALTA
482 - Tracheostomia Per Diagnosi Relative A Faccia. Bocca E Collo	2_MEDIA
484 - Craniotomia Per Traumatismi Multipli Rilevanti	1-ALTA
485 - Reimpianto Di Arti. Interventi Su Anca E Femore Per Traumatismi Multipli Rilevanti	1-ALTA
486 - Altri Interventi Chirurgici Per Traumatismi Multipli Rilevanti	1-ALTA
487 - Altri Traumatismi Multipli Rilevanti	2_MEDIA
488 - H.I.V. Associato Ad Intervento Chirurgico Esteso	1-ALTA
489 - H.I.V. Associato Ad Altre Patologie Maggiori Correlate	2_MEDIA
490 - H.I.V. Associato O Non Ad Altre Patologie Correlate	4_LEA
491 - Interventi Su Articolazioni Maggiori E Reimpianti Di Arti Superiori	1-ALTA
492 - Chemioterapia Associata A Diagnosi Secondaria Di Leucemia Acuta O Con Uso Di Alte Dosi Di Agenti Chemioterapici	2_MEDIA
493 - Colectomia Laparoscopica Senza Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Con Cc	2_MEDIA
494 - Colectomia Laparoscopica Senza Esplorazione Del Dotto Biliare Comune Senza Cc	3_BASSA
495 - Trapianto Di Polmone	1-ALTA
496 - Artrodesi Vertebrale Con Approccio Anteriore/Posteriore Combinato	1-ALTA
497 - Artrodesi Vertebrale Eccetto Cervicale Con Cc	1-ALTA
498 - Artrodesi Vertebrale Eccetto Cervicale Senza Cc	1-ALTA
499 - Interventi Su Dorso E Collo Eccetto Per Artrodesi Vertebrale Con Cc	2_MEDIA
500 - Interventi Su Dorso E Collo Eccetto Per Artrodesi Vertebrale Senza Cc	2_MEDIA
501 - Interventi Sul Ginocchio Con Diagnosi Principale Di Infezione Con Cc	2_MEDIA
502 - Interventi Sul Ginocchio Con Diagnosi Principale Di Infezione Senza Cc	2_MEDIA
503 - Interventi Sul Ginocchio Senza Diagnosi Principale Di Infezione	4_LEA
504 - Ustioni Estese O Ustioni A Tutto Spessore Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore Con Innesto Di Cute	1-ALTA
505 - Ustioni Estese O Ustioni A Tutto Spessore Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore Senza Innesto Di Cute	1-ALTA
506 - Ustioni Estese A Tutto Spessore Con Innesto Di Cute O Lesione Da Inalazione Con Cc O Trauma Significativo	1-ALTA
507 - Ustioni Estese A Tutto Spessore Con Innesto Di Cute O Lesione Da Inalazione Senza Cc O Trauma Significativo	1-ALTA
508 - Ustioni Estese A Tutto Spessore Senza Innesto Di Cute O Lesione Da Inalazione Con Cc O Trauma Significativo	1-ALTA
509 - Ustioni Estese A Tutto Spessore Senza Innesto Di Cute O Lesione Da Inalazione Senza Cc O Trauma Significativo	1-ALTA
510 - Ustioni Non Estese Con Cc O Trauma Significativo	2_MEDIA
511 - Ustioni Non Estese Senza Cc O Trauma Significativo	2_MEDIA
512 - Trapianto Simultaneo Di Pancreas/Rene	1-ALTA
513 - Trapianto di pancreas	1-ALTA

DRG	classifica
515 - Impianto Di Defibrillatore Cardiaco Senza Cateterismo Cardiaco	1-ALTA
518 - Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Per Via Percutanea Senza Inserzione Di Stent Nell'Arteria Coronarica Senza Ima	2_MEDIA
519 - Artrodesi Verterbrale Cervicale Con Cc	1-ALTA
520 - Artrodesi Verterbrale Cervicale Senza Cc	1-ALTA
521 - Abuso O Dipendenza Da Alcool/Farmaci Con Cc	3_BASSA
522 - Abuso O Dipendenza Da Alcool/Farmaci Con Terapia Riabilitativa Senza Cc	3_BASSA
523 - Abuso O Dipendenza Da Alcool/Farmaci Senza Terapia Riabilitativa Senza Cc	3_BASSA
524 - Ischemia Cerebrale Transitoria	3_BASSA
525 - Impianto Di Altro Sistema Di Assistenza Cardiaca	1-ALTA
528 - Interventi Vascolari Intracranici Con Diagnosi Principale Di Emorragia	1-ALTA
529 - Interventi Di Anastomosi Ventricolare Con Cc	1-ALTA
530 - Interventi Di Anastomosi Ventricolare Senza Cc	1-ALTA
531 - Interventi Sul Midollo Spinale Con Cc	1-ALTA
532 - Interventi Sul Midollo Spinale Senza Cc	1-ALTA
533 - Interventi Vascolari Extracranici Con Cc	2_MEDIA
534 - Interventi Vascolari Extracranici Senza Cc	2_MEDIA
535 - Impianto Di Defibrillatore Cardiaco Con Cateterismo Cardiaco Con Infarto Miocardico Acuto. Insufficienza Cardiaca O Shock	1-ALTA
536 - Impianto Di Defibrillatore Cardiaco Con Cateterismo Cardiaco Senza Infarto Miocardico Acuto. Insufficienza Cardiaca O Shock	1-ALTA
537 - Escissione Locale E Rimozione Di Mezzi Di Fissazione Interna Eccetto Anca E Femore Con Cc	2_MEDIA
538 - Escissione Locale E Rimozione Di Mezzi Di Fissazione Interna Eccetto Anca E Femore Senza Cc	4_LEA
539 - Linfoma E Leucemia Con Interventi Chirurgici Maggiori Con Cc	1-ALTA
540 - Linfoma E Leucemia Con Interventi Chirurgici Maggiori Senza Cc	1-ALTA
541 - Ossigenazione Extracorporea A Membrane O Tracheostomia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore O Diagnosi Principale Non Relativa A Faccia. Bocca E Collo Con Intervento Chirurgico Maggiore	1-ALTA
542 - Tracheostomia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore O Diagnosi Principale Non Relativa A Faccia. Bocca E Collo Senza Intervento Chirurgico Maggiore	1-ALTA
543 - Craniotomia Con Impianto Di Dispositivo Maggiore O Diagnosi Principale Di Patologia Acuta Complessa Del Sistema Nervoso Centrale	1-ALTA
544 - Sostituzione Di Articolazioni Maggiori O Reimpianto Degli Arti Inferiori	1-ALTA
545 - Revisione Di Sostituzione Dell'Anca O Del Ginocchio	1-ALTA
546 - Artrodesi Verterbrale Eccetto Cervicale Con Deviazione Della Colonna Vertebrale O Neoplasia Maligna	1-ALTA
547 - Bypass Coronarico Con Cateterismo Cardiaco Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	1-ALTA
548 - Bypass Coronarico Con Cateterismo Cardiaco Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	1-ALTA
549 - Bypass Coronarico Senza Cateterismo Cardiaco Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	1-ALTA
550 - Bypass Coronarico Senza Cateterismo Cardiaco Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	1-ALTA

DRG	classifica
551 - Impianto Di Pacemaker Cardiaco Permanente Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore O Di Defibrillatore Automatico (Aicd) O Di Generatore Di Impulsi	1-ALTA
552 - Altro Impianto Di Pacemaker Cardiaco Permanente Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	2_MEDIA
553 - Altri Interventi Vascolari Con Cc Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	2_MEDIA
554 - Altri Interventi Vascolari Con Cc Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	2_MEDIA
555 - Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Per Via Percutanea Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	2_MEDIA
556 - Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Per Via Percutanea Con Stent Non Medicato Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	2_MEDIA
557 - Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Per Via Percutanea Con Stent Medicato Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	2_MEDIA
558 - Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Per Via Percutanea Con Stent Medicato Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	2_MEDIA
559 - Ictus Ischemico Acuto Con Uso Di Agenti Trombolitici	2_MEDIA
560 - Infezioni Batteriche E Tubercolosi Del Sistema Nervoso	2_MEDIA
561 - Infezioni Non Batteriche Del Sistema Nervoso Eccetto Meningite Virale	2_MEDIA
562 - Convulsioni. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
563 - Convulsioni. Età > 17 Anni Senza Cc	4_LEA
564 - Cefalea. Età > 17 Anni	4_LEA
565 - Diagnosi Relative All'Apparato Respiratorio Con Respirazione Assistita ? 96 Ore	1-ALTA
566 - Diagnosi Relative All'Apparato Respiratorio Con Respirazione Assistita < 96 Ore	2_MEDIA
567 - Interventi Su Esofago. Stomaco E Duodeno. Età > 17 Anni Con Cc Con Diagnosi Gastrointestinale Maggiore	2_MEDIA
568 - Interventi Su Esofago. Stomaco E Duodeno. Età > 17 Anni Con Cc Senza Diagnosi Gastrointestinale Maggiore	2_MEDIA
569 - Interventi Maggiori Su Intestino Crasso E Tenue Con Cc Con Diagnosi Gastrointestinale Maggiore	1-ALTA
570 - Interventi Maggiori Su Intestino Crasso E Tenue Con Cc Senza Diagnosi Gastrointestinale Maggiore	1-ALTA
571 - Malattie Maggiori Dell'Esofago	2_MEDIA
572 - Malattie Gastrointestinali Maggiori E Infezioni Peritoneali	3_BASSA
573 - Interventi Maggiori Sulla Vescica	1-ALTA
574 - Diagnosi Ematologiche/Immunologiche Maggiori Eccetto Anemia Falciforme E Coagulopatie	2_MEDIA
575 - Setticemia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore. Età > 17 Anni	1-ALTA
576 - Setticemia Senza Ventilazione Meccanica ? 96 Ore. Età > 17 Anni	2_MEDIA
577 - Inserzione Di Stent Carotideo	1-ALTA
578 - Malattie Infettive E Parassitarie Con Intervento Chirurgico	1-ALTA
579 - Infezioni Post-Operatorie O Post-Traumatiche Con Intervento Chirurgico	2_MEDIA

4.2 Allegato 2 Identificazione delle macrocategorie per postacuzie

Disciplina	Macrocategoria
28	1-ALTA
56	2_MEDIA
60	3_BASSA
75	1-ALTA

4.3 Analisi mobilità passiva 2015 per ASL

L'analisi della mobilità passiva fuori regione pro capite rileva dei valori significativi, più che doppi, rispetto alla media regionale nelle tre ASL Novara, VCO e Alessandria.

Tabella 1 Mobilità passiva FR pro capite 2015

CODAZIENDA_RES	AZ. RES	Mob. Passiva Ricoveri	Popolazione ISTAT 31.12.2015	Incidenza per residente
301	CITTA' TO	14.374.998	890.529	16 63%
203	TO3	6.811.222	585.282	12 45%
204	TO4	10.141.081	518.323	20 76%
205	TO5	3.968.448	310.315	13 50%
206	VC	5.099.568	172.012	30 115%
207	BI	5.117.988	171.507	30 116%
208	NO	17.384.257	349.042	50 194%
209	VCO	9.789.121	170.587	57 223%
210	CN1	7.716.549	418.913	18 72%
211	CN2	2.773.892	171.630	16 63%
212	AT	4.348.795	205.299	21 82%
213	AL	25.661.020	440.807	58 227%
Totale complessivo		113.186.939	4.404.246	26 100%

4.4 Elenco DRG che costituiscono il 55% della mobilità passiva ("C" per acuzie)

Nell'elenco sotto sono specificate le DRG chirurgiche per Acuzie

DRG	1_ALTA	2_MEDIA	3_BASSA	4_LEA	Totale complessivo	%	% PROGR
544 - Sostituzione Di Articolazioni Maggiori O Reimpianto Degli Arti Inferiori	6.195.946				6.195.946	9%	9%
288 - Interventi Per Obesità		4.352.647			4.352.647	6%	15%
359 - Interventi Su Utero E Annessi Non Per Neoplasie Maligne Senza Cc			2.830.921		2.830.921	4%	18%
498 - Artrodesi Vertebrale Eccetto Cervicale Senza Cc	2.169.847				2.169.847	3%	21%
496 - Artrodesi Vertebrale Con Approccio Anteriore/Posteriore Combinato	2.022.396				2.022.396	3%	24%
557 - Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Per Via Percutanea Con Stent Medicato Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore		1.407.394			1.407.394	2%	26%
225 - Interventi Sul Piede			1.406.836		1.406.836	2%	28%
104 - Interventi Sulle Valvole Cardiache E Altri Interventi Maggiori Cardioracici Con Cateterismo Cardiaco	1.368.564				1.368.564	2%	30%
481 - Trapianto Di Midollo Osseo	1.257.392				1.257.392	2%	32%
461 - Intervento Con Diagnosi Di Altro Contatto Con I Servizi Sanitari		1.173.231			1.173.231	2%	33%
002 - Craniotomia. Età > 17 Anni Senza Cc	1.129.960				1.129.960	2%	35%
545 - Revisione Di Sostituzione Dell'Anca O Del Ginocchio	1.047.255				1.047.255	1%	36%
503 - Interventi Sul Ginocchio Senza Diagnosi Principale Di Infezione				1.026.276	1.026.276	1%	38%
554 - Altri Interventi Vascolari Con Cc Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore		949.423			949.423	1%	39%
479 - Altri Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Senza Cc		945.747			945.747	1%	40%
075 - Interventi Maggiori Sul Torace	934.756				934.756	1%	42%
371 - Parto Cesareo Senza Cc			871.057		871.057	1%	43%
365 - Altri Interventi Sull'Apparato Riproduttivo Femminile		868.387			868.387	1%	44%
541 - Ossigenazione Extracorporea A Membrane O Tracheostomia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore O Diagnosi Principale Non Relativa A Faccia. Bocca E Collo Con Intervento Chirurgico Maggiore	856.144				856.144	1%	45%

DRG	1_ALTA	2_MEDIA	3_BASSA	4_LEA	Totale complessivo	%	% PROGR
008 - Interventi Su Nervi Periferici E Cranici E Altri Interventi Su Sistema Nervoso Senza Cc				821.670	821.670	1%	46%
219 - Interventi Su Arto Inferiore E Omero Eccetto Anca. Piede E Femore. Età > 17 Anni Senza Cc		805.070			805.070	1%	48%
224 - Interventi Su Spalla. Gomito O Avambraccio Eccetto Interventi Maggiori Su Articolazioni Senza Cc		800.512			800.512	1%	49%
569 - Interventi Maggiori Su Intestino Crasso E Tenue Con Cc Con Diagnosi Gastrointestinale Maggiore	789.085				789.085	1%	50%
542 - Tracheostomia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore O Diagnosi Principale Non Relativa A Faccia. Bocca E Collo Senza Intervento Chirurgico Maggiore	780.004				780.004	1%	51%
149 - Interventi Maggiori Su Intestino Crasso E Tenue Senza Cc	744.953				744.953	1%	52%
500 - Interventi Su Dorso E Collo Eccetto Per Artrodesi Vertebrale Senza Cc		738.785			738.785	1%	53%
049 - Interventi Maggiori Sul Capo E Sul Collo	699.195				699.195	1%	54%
211 - Interventi Su Anca E Femore. Eccetto Articolazioni Maggiori. Età > 17 Anni Senza Cc		693.917			693.917	1%	55%

4.5 Regioni che presentano una maggiore mobilità attiva per le principali prestazioni erogate in Piemonte ("C", acuzie)

gruppo	DRG	020 Valle d'Aosta	030 Lombardia	070 Liguria	080 Emilia R	Altre reg	Totale complessivo
1_ALTA	002 - Craniotomia. Età > 17 Anni Senza Cc		538.395	107.679	143.295	340.591	1.129.960
	049 - Interventi Maggiori Sul Capo E Sul Collo		116.042	20.784	506.910	55.459	699.195
	075 - Interventi Maggiori Sul Torace	26.211	141.015	604.759	36.783	125.988	934.756
	104 - Interventi Sulle Valvole Cardiache E Altri Interventi Maggiori Cardiotoracici Con Cateterismo Cardiaco		1.114.905	125.102		128.557	1.368.564
	149 - Interventi Maggiori Su Intestino Crasso E Tenue Senza Cc	42.909	435.965	89.499	37.557	139.023	744.953
	481 - Trapianto Di Midollo Osseo		185.088	884.513		187.791	1.257.392
	496 - Artrodesi Vertebrale Con Approccio Anteriore/Posteriore Combinato		1.893.408	25.048		103.940	2.022.396
	498 - Artrodesi Vertebrale Eccetto Cervicale Senza Cc	24.752	1.662.615	134.527	108.166	239.787	2.169.847
	541 - Ossigenazione Extracorporea A Membrane O Tracheostomia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore O Diagnosi Principale Non Relativa A Faccia. Bocca E Collo Con Intervento Chirurgico Maggiore	103.838	214.945	274.132	55.553	207.676	856.144
	542 - Tracheostomia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore O Diagnosi Principale Non Relativa A Faccia. Bocca E Collo Senza Intervento Chirurgico Maggiore		241.822	155.758	103.638	278.786	780.004
	544 - Sostituzione Di Articolazioni Maggiori O Reimpianto Degli Arti Inferiori	238.599	3.442.407	1.594.283	341.921	578.735	6.195.946
	545 - Revisione Di Sostituzione Dell'Anca O Del Ginocchio	38.021	491.469	353.184	97.669	66.912	1.047.255
	569 - Interventi Maggiori Su Intestino Crasso E Tenue Con Cc Con Diagnosi Gastrointestinale Maggiore	41.879	294.110	228.546	58.069	166.482	789.085
2_MEDIA	211 - Interventi Su Anca E Femore. Eccetto Articolazioni Maggiori. Età > 17 Anni Senza Cc	12.198	153.958	191.597	106.834	229.330	693.917
	219 - Interventi Su Arto Inferiore E Omero Eccetto Anca. Piede E Femore. Età > 17 Anni Senza Cc	40.270	254.837	177.935	78.659	253.370	805.070
	224 - Interventi Su Spalla. Gomito O Avambraccio Eccetto Interventi Maggiori Su Articolazioni Senza Cc	8.782	474.016	135.146	64.111	118.457	800.512

gruppo	DRG	020 Valle d'Aosta	030 Lombar dia	070 Liguria	080 Emilia R	Altre reg	Totale complessiv o
	288 - Interventi Per Obesità	176.111	3.511.01 0	210.648	369.265	85.613	4.352.647
	365 - Altri Interventi Sull'Apparato Riproduttivo Femminile	201.597	605.219	25.931	5.940	29.700	868.387
	461 - Intervento Con Diagnosi Di Altro Contatto Con I Servizi Sanitari		1.065.23 9	30.906	29.738	47.348	1.173.231
	479 - Altri Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Senza Cc	103.646	620.441	88.479	36.084	97.098	945.747
	500 - Interventi Su Dorso E Collo Eccetto Per Artrodesi Vertebrale Senza Cc	12.248	477.030	167.649	33.305	48.553	738.785
	554 - Altri Interventi Vascolari Con Cc Senza Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	359.034	470.916	112.329		7.144	949.423
	557 - Interventi Sul Sistema Cardiovascolare Per Via Percutanea Con Stent Medicato Con Diagnosi Cardiovascolare Maggiore	70.945	308.985	506.025	97.776	423.664	1.407.394
3_BASS A	225 - Interventi Sul Piede	22.967	1.030.14 0	131.056	160.614	62.060	1.406.836
	359 - Interventi Su Utero E Annessi Non Per Neoplasie Maligne Senza Cc	257.669	1.944.18 3	319.527	62.656	246.887	2.830.921
	371 - Parto Cesareo Senza Cc	23.182	446.712	148.016	4.477	248.670	871.057
4_LEA	008 - Interventi Su Nervi Periferici E Cranici E Altri Interventi Su Sistema Nervoso Senza Cc	2.585	375.948	155.114	38.095	249.929	821.670
	503 - Interventi Sul Ginocchio Senza Diagnosi Principale Di Infezione	401.556	307.155	142.142	91.012	84.411	1.026.276
Totale complessivo		2.208.998	22.817.9 75	7.140.312	2.668.127	4.851.958	39.687.370
		6%	57%	18%	7%	12%	100%

4.6 Elenco DRG di postacuzie

Specialità eroganti	28 e 75	56	60			
DRG	1_ALTA	2_MEDIA	3_BASSA	Totale	% rispetto al totale	% progr
462 – Riabilitazione	68.257	698.825	1.718.101	2.485.183	22%	22%
012 - Malattie Degenerative Del Sistema Nervoso	1.302.583	600.666	26.796	1.930.046	17%	39%
256 - Altre Diagnosi Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	395	1.431.693	9.240	1.441.328	13%	52%

4.7 Regioni che presentano una maggiore mobilità attiva per le principali prestazioni erogate in Piemonte (postacuzie)

valore post						
gruppo sint	DRG	030	070	080	Altre regioni	Totale
1_ALTA	012 - Malattie Degenerative Del Sistema Nervoso	1.258.206	41.360		3.017	1.302.583
	256 - Altre Diagnosi Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo			395	0	395
	462 - Riabilitazione			68.257	0	68.257
2_MEDIA	012 - Malattie Degenerative Del Sistema Nervoso	234.830	134.889	101.197	129.751	600.666
	256 - Altre Diagnosi Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	829.800	298.169	52.983	250.741	1.431.693
	462 - Riabilitazione		89.405	247.128	362.291	698.825
3_BASSA	012 - Malattie Degenerative Del Sistema Nervoso		5.698	3.234	17.864	26.796
	256 - Altre Diagnosi Del Sistema Muscolo-Scheletrico E Del Tessuto Connettivo	4.928			4.312	9.240
	462 - Riabilitazione	1.664.901	5.466	47.734	0	1.718.101
Totale		3.992.665	574.987	520.928	767.976	5.856.557
		68%	10%	9%	13%	100%

5. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

5.1 Premessa

I tetti di spesa, complessivi e invalicabili, sono assegnati alle seguenti ASL di residenza:

010301 - To1+To2 (Torino)
010203 - To3 (Collegno)
010204 - To4 (Chivasso)
010205 - To5 (Chieri)
010206 - Vc (Vercelli)
010207 - Bi (Biella)
010208 - No (Novara)
010209 - Vco (Omezza)
010210 - Cn1 (Cuneo)
010211 - Cn2 (Alba)
010212 - At (Asti)
010213 - Ai (Casale Monferrato)

I citati tetti di spesa per residenza di ASL, oltre alla spesa limite delle prestazioni complessive erogate dagli erogatori di diritto privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.), includono – in ciascuna ASL in cui è ubicata la struttura - le prestazioni rese a favore di:

- STR = stranieri (paesi UE/SEE/ in convenzione);
- ENI= europei non iscrivibili (ove applicabile)
- STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN (ex circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000).

Il processo di negoziazione per il secondo semestre 2017 non contempla il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale degli erogatori che, nel corso della fase di negoziazione per le annualità 2014-2016, avevano concluso con l'Amministrazione regionale una specifica intesa anche con riguardo all'annualità 2017. Le ASL, fatta salva esplicita richiesta di piena adesione alle nuove regole regionali da parte delle strutture interessate, provvederanno alla definizione del contratto per l'annualità 2017 in conformità ai tetti di spesa ed alle condizioni contrattuali definiti sulla base delle predette intese. Il contratto sarà sottoscritto sulla base dello schema contrattuale approvato con DGR 13-2022/2015.

Il percorso identificato per determinare i valori economici di riferimento e le tipologie di prestazioni ambulatoriali di cui all'articolo 3 comma 1.a per le altre strutture si articola tra i tre soggetti interessati (Regione, ASL di residenza e ASL di competenza territoriale) con le modalità declinate nei successivi paragrafi.

5.2 Attività a carico della Regione

Per ciascun erogatore

1. Identificare il valore del budget 2016 per i residenti della regione.
2. Quantificare il valore della produzione 2016 per i residenti delle dodici ASL della regione inclusi gli stranieri, gli ENI e gli STP a carico del SSN, di seguito nel testo definiti “residenti della regione”, ridotto in maniera puntuale o proporzionale (a seconda della specificità dei controlli) dagli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
3. Quantificare il valore della produzione del primo semestre 2017 per i residenti della regione trasmessi entro le tempistiche previste dai provvedimenti regionali vigenti per le mensilità in oggetto; eventuali ritardi di trasmissione effettuati entro le scadenze previste per la valorizzazione in competenza potranno essere oggetto di conguaglio economico nei confronti degli erogatori in sede di saldo a consuntivo 2017 (nel rispetto del punto 5 sotto riportato).
4. Quantificare il valore economico del 6/12 del budget 2016 per i residenti della regione (vedere punto 1 sopra).
5. Quantificare il valore della produzione, ante controlli ed entro budget ammissibile, per il primo semestre 2017:
 - a. valore della produzione per i residenti (punto 3) / budget economico per i residenti (punto 4).
 - b. Se il coefficiente (punto 5a.) è maggiore del 114%, e non è compensato da una minor produzione di ricovero rispetto al 57% budget, la produzione viene abbattuta economicamente per raggiungere il 114%.
6. Quantificare il valore di riferimento economico della produzione per i residenti della regione per il secondo semestre 2017:
 - a. 90% della differenza tra il valore del budget 2016 per i residenti della regione (punto 1) e il valore della produzione, ante controlli ed entro budget ammissibile, erogata nel primo semestre 2017 (punto 5).
7. Generare una griglia informativa del valore di riferimento economico, a supporto della contrattazione per ASL di residenza, che suddivide tale valore nelle seguenti componenti (prestazioni, gruppi di prestazioni e macrocategorie). A riguardo, si provvede a:

- a. Quantificare un coefficiente da applicare sulla produzione 2016 come segue:
Valore di riferimento economico per il secondo semestre 2017 dei residenti della regione (punto 6) / valore economico della produzione 2016 per i residenti della regione (punto 2).
 - b. Quantificare il mix di produzione atteso del valore di riferimento per il secondo semestre 2017 come segue:
Coefficiente (punto 7a) * valore economico della produzione 2016 per i residenti della regione (punto 2).
8. Per ciascuna ASL di residenza si costruiscono due prospetti come segue:
- a. Per ciascun erogatore significativo (che rappresenta singolarmente $\geq 10\%$ del consumo dell'ASL di residenza) si costruisce una griglia come da figura 1 composta, come colonne, dalle macro categorie (vedere allegato 1) e, come righe, dai gruppi di prestazioni per mantenere come riferimento il case-mix storico. Gli importi della griglia della figura sono quelli della struttura calcolati come ai punti 7 e 8. (vedi figura 1). Contestualmente si costruisce una tabella per prestazione di ciascun erogatore e ASL di residenza con questi valori. Tale tabella sarà utilizzata per evidenziare nella colonna "Q già inclusa nella figura 1" le quantità prodotte nel 2016 valorizzate nella colonna "V già inclusa nella figura 1" per la specifica della produzione aggiuntiva protetta da richiedere nella negoziazione articolata per singola prestazione della Figura 4 (vedi paragrafo 5.4) e per il recupero della mobilità passiva (vedi paragrafo 6).
 - b. Per i restanti erogatori dell'ASL si costruisce una griglia per tutto il restante consumo dell'ASL (vedere figura 2) e una griglia con il totale generale dei valori economici di riferimento (vedere figura 3).

Figura 1 Schema del valore di riferimento di prestazioni di specialistica ambulatoriale del secondo semestre 2017 per ciascuna ASL di residenza e erogatore significativo.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante: xxxxxxxxxxxxxxxx (ASL di competenza territoriale xxxxxxxxxxxxxxxx)

euro	Protette	Elenco Prestazioni ex DGR n. 44- 3399/2016 e DM Appropriatezza	Altro	Totale
Gruppo di prestazioni 1	X	X	X	X
Gruppo di prestazioni 2	X	X	X	X
Gruppo di prestazioni 3	X	X	X	X
.....	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X

Contestualmente si costruisce un file per prestazione di ciascun erogatore e ASL di residenza con questi valori

Quantità Euro	Gruppo di prestazioni	Macrocategoria	Q già inclusa nella figura 1	V già inclusa nella figura 1
Cod. prestazione 1	X	X	X	X
Cod. prestazione 2	X	X	X	X
Cod. prestazione 3	X	X	X	X

.....	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X

Soltanto gli erogatori significativi sono oggetto di trattativa con l'ASL di residenza.

Figura 2 Schema del valore di riferimento di prestazioni di specialistica ambulatoriale del secondo semestre 2017 per ciascuna ASL di residenza contenente gli altri erogatori.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante: xxxxxxxxxxxxxxxx (ASL di competenza territoriale xxxxxxxxxxxxxxxx)

euro	Protette	Elenco Prestazioni ex DGR n. 44- 3399/2016 e DM Appropriatezza	Altro	Totale
Gruppo di prestazioni 1	X	X	X	X
Gruppo di prestazioni 2	X	X	X	X
Gruppo di prestazioni 3	X	X	X	X
.....	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X

Figura 3 Schema dei valori di riferimento totali (la somma della Figura 1 e Figura 2) del secondo semestre 2017 per ciascuna ASL di residenza.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Totale delle figure 1 e 2

euro	Protette	Elenco Prestazioni ex DGR n. 44- 3399/2016 e	Altro	Totale

		DM Appropriatezza		
Gruppo di prestazioni 1	X	X	X	X
Gruppo di prestazioni 2	X	X	X	X
Gruppo di prestazioni 3	X	X	X	X
.....	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X

5.3 Attività a carico dell'ASL di residenza

L'ASL di residenza ha a propria disposizione, oltre alle tabelle prodotte dalla Regione di cui sopra, alcuni altri documenti utili per l'articolazione del proprio fabbisogno per ciascuna struttura significativa:

- Tutte le prestazioni ambulatoriali prodotte per i propri residenti da tutti gli erogatori regionali
- I tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- Le azioni previste sul proprio territorio per permettere una risposta alternativa ai ricoveri ospedalieri.

Nelle more della predisposizione dei prospetti regionali, rappresentati al paragrafo precedente, le ASL di residenza sono tenute ad analizzare il citato materiale, la produzione prevista dai presidi a gestione diretta e dalle aziende ospedaliere.

Le citate attività, integrate da ulteriori iniziative di analisi aziendali, dovranno consentire la definizione delle seguenti azioni:

1. Identificare le tipologie di fabbisogno delle prestazioni che può essere soddisfatta dagli erogatori privati nel periodo in questione.
2. Definire la produzione aggiuntiva protetta per ciascuna struttura privata significativa articolato per codice prestazione e gruppo di prestazioni. L'ASL specifica per ciascun erogatore significativo (che rappresenta singolarmente $\geq 10\%$ del consumo dell'ASL di residenza), nella tabella allegata alla Figura 4, le prestazioni che devono entrare nel

gruppo della produzione aggiuntiva protetta dell'ASL e le quantità già incluse nella Figura 1. Tali prestazioni “protette”, incrementali rispetto al valore delle prestazioni erogate nel 2016 da ciascuna struttura, sono escluse dall'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione economica. Pertanto a fronte di ogni prestazione/attività richiesta occorrerà indicare la quantità ed il valore erogato nel 2016 figura 4 colonna “Q già inclusa nella figura 1” e “V già inclusa nella figura 1”.

Figura 4. Schema delle prestazioni incrementali protette da richiedere nella negoziazione per gli erogatori che rappresentano singolarmente $\geq 10\%$ del consumo dell'ASL di residenza

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante: xxxxxxxxxxxxxxxx (ASL di competenza territoriale xxxxxxxxxxxxxxxx)

Quantità Euro		Gruppo di prestazioni	Macrocategoria	Q già inclusa nella figura 1	V già inclusa nella figura 1
	Cod. prestazione 1			X	X
	Cod. prestazione 2			X	X
	Cod. prestazione 3			X	X
			X	X
	Totale			X	X

4. Trasmissione della Figura 4 con la relativa specifica all'ASL di competenza territoriale.

5.4 Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale

Le ASL di competenza territoriale devono, per ciascuna struttura erogante che insiste sul proprio territorio, determinare i seguenti valori:

1. Il Tetto di spesa limite delle prestazioni ambulatoriali per i residenti di altre regioni = il budget del 2016.
2. Il Valore della produzione per i *residenti della regione* del primo semestre 2017, p.to 5 del paragrafo 5.2, rideterminato da eventuali controlli aziendali.
3. Il Valore di riferimento per i *residenti della regione* per il secondo semestre 2017, p.to 6 del paragrafo 5.2.
4. L'elenco del Fabbisogno di produzione aggiuntiva "protetta" dettagliato per ASL di residenza e prestazioni di specialistica ambulatoriale relativo alle strutture significative.

Le ASL di competenza territoriale con una forte mobilità passiva fuori regione, identificate nel paragrafo "6", hanno inoltre il compito di identificare le azioni per un recupero di questa mobilità secondo il processo descritto nel capitolo relativo attraverso l'utilizzo, tra l'altro, delle specifiche risorse assegnate con il presente provvedimento.

Dalla Regione, l'ASL riceve i prospetti di cui alla Figura 1 per le strutture che insistono sul proprio territorio.

Da ciascuna ASL di residenza riceve l'articolazione della produzione aggiuntiva protetta delle strutture significative di ciascuna ASL come dalla Figura 4.

A questo punto l'ASL di competenza territoriale è in grado di completare il contratto dell'erogatore allegando i prospetti, come da Figura 4, di tutte le ASL di residenza che hanno effettuato una trattativa.

Mentre, per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24/4/2017, è stata trasferita dal Ministero degli interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti alle strutture gli importi delle prestazioni erogate secondo le modalità e le indicazioni nazionali che saranno rese disponibili nel corso dell'esercizio 2017.

5.5 Meccanismi di regolazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a consuntivo

La seguente procedura di regolazione delle prestazioni è applicata soltanto per le strutture incluse nel calcolo (vedere punto 5.1 "Premessa"), e prevede il necessario scambio informatico / informativo tra la Regione, l'ASL di residenza e la l'ASL di competenza territoriale.

Di seguito, si riportano le principali attività:

1. La Regione misura la produzione del secondo semestre 2017, includendo eventuali recuperi di produzione del primo semestre 2017 entro il budget residuo ammissibile – punto 5 del

paragrafo 5.2 - che sono stati trasmessi negli ultimi 6 mesi 2017, ovvero entro le tempistiche vigenti per la competenza ai fini del riconoscimento remunerativo, ed effettua i seguenti calcoli per ASL di residenza:

- a. Definizione della **produzione aggiuntiva protetta** del secondo semestre 2017 di cui alla Figura 4. Per ciascuna combinazione di prestazioni e gruppi di prestazione definita nella Figura 4 si calcola il consumo dell'ASL di residenza, si detrae la quantità della colonna "Q già inclusa nella Figura 1" e si valorizzano tutte le quantità. Il valore complessivo relativo, fatto salvo l'applicazione di eventuali controlli, è remunerabile e non si applica la regressione economica.
- b. Definizione della **produzione aggiuntiva protetta** del secondo semestre 2017 finalizzata al recupero della mobilità passiva fuori regione. Per ciascuna combinazione di prestazioni e gruppi di prestazioni definita nella Figura 5 si calcola il consumo dell'ASL, si detrae la quantità della colonna "Q già inclusa nella Figura 1" e la quantità protette del p.to precedente, e si valorizzano tutte le quantità. Il valore complessivo relativo, fatto salvo l'applicazione di eventuali controlli, è remunerabile entro il budget assegnato, e non si applica la regressione economica.
- c. La produzione all'interno del 57 % del budget 2016 per il primo semestre 2017, con eventualmente applicazione dei meccanismi di compensazione vigenti con le attività di ricovero.
- d. **La produzione del secondo semestre 2017 corrispondente alla Figura 3, con separata evidenza della maggior produzione erogata in attuazione al budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione (p.to b).**
- e. Per ciascun erogatore si applica un eventuale abbattimento se la produzione annuale totale (p.to c + p.to d) – fatta eccezione della maggior produzione erogata in attuazione al budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione - dell'erogatore supera il 110 % della produzione 2016 entro budget/valore contrattato.

Inoltre, il calcolo prosegue con l'analisi per ASL di residenza. L'obiettivo è che la produzione complessiva – erogata da tutte le strutture di diritto privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i., ridotta dagli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - non superi il tetto di spesa, invalicabile e vincolante, dell'ASL di residenza. Se il valore di produzione complessivo per residenti è superiore al tetto di spesa dell'ASL di

residenza si applicano meccanismi di regressione economica per tutte le strutture contrattualizzate – in applicazione ai nuovi criteri regionali indicati nel presente provvedimento - in modo da rientrare nel suddetto tetto per l'ASL secondo il seguente schema:

Macrogruppo	
3_ Elenco Prestazioni ex DGR n. 44-3399/2016 e DM Appropriatelyzza	Fino ad un massimo del 25%

La regressione economica si applica inizialmente sul macrogruppo 3_ Elenco Prestazioni ex DGR n. 44-3399/2016 e DM Appropriatelyzza, sino ad un massimo di abbattimento economico pari al 25% della produzione. Inoltre, in caso di insufficienza del criterio di cui al p.to precedente si applica una regressione economica proporzionale del valore delle prestazioni erogate – ad eccezione delle prestazioni protette - da tutte le strutture contrattualizzate in applicazione ai nuovi criteri regionali indicati nel presente provvedimento.

A conclusione dell'applicazione dei meccanismi di regressione economica per ASL di residenza, si provvede ad effettuare una verifica dell'abbattimento complessivo delle prestazioni di ciascun erogatore. Se il valore complessivo della produzione anno 2017 abbattuta ai fini remunerativi - entro il 57% del budget per la produzione del primo semestre 2017, e post regressione economica per la produzione del secondo semestre 2017 - è inferiore al 95% della produzione 2016 entro budget (punto 2 del paragrafo 5.2), si provvede a ridurre la quota di abbattimento del singolo erogatore – quantificata con la metodologia della regressione economica – nella misura necessaria per ricondurre il valore della produzione all'importo economico complessivo pari al 95% della produzione 2016 entro budget (punto 2 del paragrafo 5.2). Tale minor abbattimento, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente le eccedenze degli erogatori di produzione - post regressione economica - del secondo semestre 2017 quantificate rispetto alla produzione 2016 entro budget (punto 2 del paragrafo 5.2).

Inoltre, con riferimento ai meccanismi di remunerazione delle prestazioni erogati a cittadini di altre regioni si rimanda ai criteri rappresentati nel presente provvedimento.

In ultimo, ad integrazione del percorso poc' anzi evidenziato, si precisa che:

- le ASL cui è demandata la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate sono tenute ad esercitare i necessari controlli e gli eventuali ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli aziendali).
- gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

6. INTERVENTI DI RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA FUORI REGIONE

Il metodo scelto dalla regione anche per le prestazioni ambulatoriali di mobilità passiva - per le motivazioni riportate nel paragrafo 2. relativo al recupero di mobilità passiva delle prestazioni di ricovero - è definire un quadro generale all'interno del quale le singole ASL possano identificare le prestazioni e gli erogatori che maggiormente potrebbero essere oggetto di interventi di recupero di mobilità passiva.

Il percorso è il seguente:

6.1 *Attività a carico della Regione*

1. Identificare le ASL con una mobilità maggiore pro capite 2015 (vedere allegato 7.2).
2. Assegnare alle ASL di residenza le risorse sanitarie, una tantum, finalizzate agli interventi di recupero della mobilità passiva fuori regione. Le quote complessive di ciascuna ASL di residenza sono assegnate con il presente.
3. Analisi della mobilità passiva 2015 identificando le prestazioni con il maggiore valore a livello regionale. Le prestazioni potenzialmente non appropriate devono essere affrontate principalmente con altri interventi da parte delle ASL di residenza degli assistiti.
4. Identificare, per ciascuna ASL di cui al punto 1, dei principali erogatori rispetto alle prestazioni identificate nel punto 2.

6.2 Attività a carico dell'ASL di residenza

1. Analisi, da parte dell'ASL di residenza, delle prestazioni a maggiore mobilità passiva FR. Le ASL possono, per questa attività, utilizzare tutti gli strumenti a disposizione tra cui il tasso di consumo per prestazioni dei residenti dell'ASL, i tempi di attesa ecc..
2. Analisi degli erogatori regionali attuali per ciascuna prestazione in modo da identificare gli erogatori potenzialmente in grado di rispondere al fabbisogno della popolazione.
3. Definire il fabbisogno come da Figura 5 con ciascun erogatore in grado di agire per il recupero della mobilità passiva definendo le prestazioni e loro valore specifico nel secondo semestre 2017. Questo valore farà parte della produzione aggiuntiva protetta e sarà quindi escluso dal meccanismo di regressione economica relativa per gli erogatori di ciascuna ASL di residenza.

Figura 5 Schema definizione del fabbisogno di prestazioni incrementalmente protette di specialistica ambulatoriale del secondo semestre 2017 da parte dell'ASL per recupero della Mobilità passiva FR.

ASL di residenza xxxxxxxxxxxxxxxx

Struttura erogante: xxxxxxxxxxxxxxxx (ASL di competenza territoriale xxxxxxxxxxxxxxxx)

euro	Protette	Elenco Prestazioni ex DGR n. 44- 3399/2016 e DM Appropriatezza	Altro	Totale
Gruppo di prestazioni 1	X	X	X	X
Gruppo di prestazioni 2	X	X	X	X

Gruppo di prestazioni 3	X	X	X	X
.....	X	X	X	X
Totale	X	X	X	X

Specifica delle prestazioni incrementalmente protette di specialistica ambulatoriale della Figura 5

Quantità Euro	Gruppo di prestazioni	Macrocategoria	Q già inclusa nella figura 1	Q negoziate per recupero mobilità passiva FR	V già inclusa nella figura 1	V negoziate per recupero mobilità passiva FR
Cod. prestazione 1			X	Y	X	Y
Cod. prestazione 2			X	Y	X	Y
Cod. prestazione 3			X	Y	X	Y
.....			X	Y	X	Y
Totale			X	Y	X	Y

- Trasmissione della definizione del fabbisogno all'ASL di competenza territoriale nel caso in cui l'erogatore non sia dislocato all'interno dell'ASL di residenza.

6.3 Attività a carico dell'ASL di competenza territoriale

A ricevimento dei prospetti delle ASL di residenza includere anche queste prestazioni nella parte del contratto contenente le prestazioni incrementalmente protette per recupero di mobilità passiva FR.

6.4 Valutazione a consuntivo da parte dell'ASL di residenza

1. A consuntivo l'ASL
 - a. effettuerà una verifica del consumo delle prestazioni interessate dall'accordo da parte dei residenti dell'ASL includendo anche la mobilità passiva FR.
 - b. Valuterà gli effetti complessivi ottenuti dagli accordi anche in funzione dell'andamento mensile durante il periodo e calcolerà della differenza della produzione effettiva nell'anno 2016 (inclusa nell'accordo generale della struttura) e la produzione effettiva nell'anno 2017 (di cui il secondo semestre è oggetto di accordo).
 - c. provvederà a valutare il buon esito dell'iniziativa - una tantum – analizzando l'andamento del consumo complessivo dei propri residenti nell'arco del biennio 2017-2018, focalizzando le analisi sull'andamento dei consumi osservati nel medesimo periodo temporale sulla mobilità passiva fuori regione.

7. ALLEGATI DELLE PREST. AMBULATORIALI

7.1 *Allegato 1 Elenco con le macrocategorie per prestazioni di specialistica ambulatoriale*

In considerazione di quanto sopra ed ai fini del monitoraggio, del controllo e degli adempimenti contrattuali, oggetto della deliberazione di cui il presente Allegato è parte sostanziale ed integrante, si dispone di categorizzare le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di laboratorio come di seguito dettagliato:

1. Prestazioni “protette”

- a. A140 - Emodialisi (cod. 39.95)
- b. A146 - Prestazioni di radioterapia (cod. 92.2)
- c. A148 - Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche(cod.89,94-99), solo codici 92.XX.XX
- d. Nelle prestazioni protette potranno entrare anche le prestazioni “critiche” individuate dalle Aree Omogenee di Programmazione, nell'ambito

dell'attuazione del Piano regionale di governo dei tempi di attesa delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Laboratorio, a norma della suddetta D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017.

2. **Altro**

Tutte le prestazioni non oggetto degli altri macro gruppi

3. **Elenco Prestazioni ex DGR n. 44-3399/2016 e ulteriori prestazioni individuate dal Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015.**

Di tale macro-categoria fanno parte tutte le prestazioni con indicazione di alto rischio di inappropriata individuata con DGR n. 44-3399 del 30 maggio 2016:

a. gruppo A142b Radiologia diagnostica RMN. Solo codici:

- 88.93 - Risonanza Magnetica Nucleare (Rm) Della Colonna Cervicale, Toracica, Lombosacrale
- 88.93.1 - Risonanza Magnetica Nucleare (Rm) Della Colonna, Senza E Con Contrasto Cervicale, Toracica, Lombosacrale
- 88.94.1 - Risonanza Magnetica Nucleare (Rm) Muscoloscheletrica - Grandi Articolazioni: Rm Di Spalla E Braccio [Spalla, Braccio] - Rm Di Bacino- Rm Di Articolazione Coxo-Femorale E Femore [Articolazione Coxo-Femorale,Femore]
- 88.94.2 - Risonanza Magnetica Nucleare (Rm) Muscoloscheletrica Senza E Con Contrasto- Rm Di Spalla E Braccio [Spalla, Braccio] - Rm Di Bacino-Rm Di Articolazione Coxo-Femorale E Femore [Articolazione Coxo-Femorale,Femore]
- 88.94.4 - Angio-/Rm) Dell'Arto O Degli Arti Inferiori
- 88.94.B - Risonanza Magnetica Nucleare (Rm) Muscoloscheletrica Piccole Articolazioni Senza E Con Contrasto - : Rm Di Gomito Ed Avambraccio [Gomito Ed Avambraccio]- Rm Di Polso E Mano [Polso, Mano] -Rm Di

Ginocchcio E Gamba [Ginocchio,Gamba]- Rm Di Caviglia E
Piede

- 88.94.C - Artro-(Rm) (Con M.D.C. Intra-Articolare)
- b. gruppo A144 Prestazioni di laboratorio
- c. gruppo A147b RRF di terapia fisica strumentale

Di tale macro-categoria fanno parte inoltre tutte le prestazioni oggetto del DM 9 dicembre 2015, non già individuate dall'elenco prestazioni ex DGR n. 44-3399/2016 .

Per l'anno in corso, nelle more del recepimento regionale del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502” e dell'applicabilità dello stesso, vengono prese in considerazione le prestazioni di cui al Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015.

7.2 *Analisi mobilità passiva 2015 per ASL*

L'analisi della mobilità passiva fuori regione pro capite rileva dei valori significativi, più che doppi, rispetto alla media regionale nelle tre ASL Novara, VCO e Alessandria.

Tabella 1 Mobilità passiva FR pro capite 2015

CODAZIENDA_RES	AZ. RES	Mob. Passiva Ambulatoriale	Popolazione ISTAT 31.12.2015	Incidenza per residente	
301	CITTA' TO	4.088.000	890.529	5	53%
203	TO3	1.970.783	585.282	3	39%
204	TO4	2.396.975	518.323	5	53%
205	TO5	1.270.553	310.315	4	47%
206	VC	2.408.361	172.012	14	161%
207	BI	1.831.076	171.507	11	123%

CODAZIENDA_RES	AZ. RES	Mob. Passiva Ambulatoriale	Popolazione ISTAT 31.12.2015	Incidenza per residente	
208	NO	7.556.476	349.042	22	249%
209	VCO	3.248.932	170.587	19	219%
210	CN1	1.555.880	418.913	4	43%
211	CN2	707.437	171.630	4	47%
212	AT	1.192.188	205.299	6	67%
213	AL	10.071.224	440.807	23	263%
Totale complessivo		38.297.885	4.404.246	9	100%

7.3 Elenco prestazioni che costituiscono il 53% della mobilità passiva

CODICE_PREST	ASSOCIAZIONE NR	COD_ASS	IMPORTO_LORDO	%	N_PREST	%	VAL PREST
9229L	NO NR		2.199.820	6%	224	0%	9.821
92.18.6	NR		1.950.126	5%	1.825	0%	1.069
91.30.3	NR		1.703.644	4%	10.970	1%	155
1341	NO NR		1.527.429	4%	1.653	0%	924
9229M	NO NR		1.420.460	4%	206	0%	6.895
MAC07	NO NR		1.073.621	3%	5.247	0%	205
MAC02	NO NR		996.870	3%	2.339	0%	426
8061	NO NR		962.844	3%	492	0%	1.957
89.7	NR		770.607	2%	46.530	3%	17
90.68.1	NR		637.456	2%	9.321	1%	68
0443	NO NR	04.43	500.919	1%	573	0%	874
39.95.4	NR		499.109	1%	3.021	0%	165
3859	NO NR		424.302	1%	301	0%	1.410
9229K	NO NR		409.964	1%	82	0%	5.000
89.01	NR		403.385	1%	35.380	2%	11
88.01.6	NR		391.177	1%	2.528	0%	155
91.90.5	NR		376.743	1%	11.967	1%	31
1475	NO NR	14.75	341.715	1%	1.229	0%	278
88.91.2	NR		325.191	1%	1.366	0%	238
91.36.5	NR		315.027	1%	5.486	0%	57
87.41.1	NR		313.585	1%	2.594	0%	121
39.95.7	NR		304.102	1%	1.181	0%	257
88.76.1	NR		288.315	1%	5.602	0%	51
PS.03	NO NR		266.347	1%	1.690	0%	158
90.81.5	NR		262.166	1%	15.656	1%	17
00.00.2	NO NR		246.072	1%	945	0%	260
91.30.2	NR		222.980	1%	1.457	0%	153
8972J	NO NR		214.012	1%	14.456	1%	15
8971J	NO NR		203.622	1%	10.456	1%	19
8909J	NO NR		197.100	1%	652	0%	302
88.94.1	NR		196.808	1%	1.765	0%	112
91297	NO NR	91.29.7	194.447	1%	94	0%	2.069
Totale			20.139.965		197.288		

7.4 Regioni che presentano una maggiore mobilità attiva per le principali prestazioni erogate in Piemonte

CODICE_PREST	ASSOCIAZIONE NR	Emilia Romagna	Liguria	Lombardia	Toscana	Totale complessivo
9229L	NO NR			2.199.820 €		2.199.820 €
92.18.6	NR	123.944 €	111.086 €	1.585.917 €	12.774 €	1.833.722 €
1341	NO NR			1.527.429 €		1.527.429 €
9229M	NO NR			1.420.460 €		1.420.460 €
91.30.3	NR	5.563 €	295.865 €	747.648 €	256.807 €	1.305.884 €
MAC07	NO NR			1.073.621 €		1.073.621 €
MAC02	NO NR			996.870 €		996.870 €
8061	NO NR			962.844 €		962.844 €
90.68.1	NR	2.123 €	8.255 €	608.062 €		618.440 €
0443	NO NR			500.919 €		500.919 €
89.7	NR	80.495 €	25.478 €	274.235 €	78.275 €	458.483 €
3859	NO NR			424.302 €		424.302 €
9229K	NO NR			409.964 €		409.964 €
91.90.5	NR	88 €	706 €	371.274 €	36 €	372.104 €
88.01.6	NR	7.951 €	31.365 €	312.199 €	9.284 €	360.799 €
1475	NO NR			341.715 €		341.715 €
89.01	NR	3.941 €	114.966 €	186.780 €	20.624 €	326.310 €
88.91.2	NR	19.471 €	31.427 €	246.047 €	6.668 €	303.614 €
91.36.5	NR	4.189 €	65.817 €	199.559 €	16.648 €	286.212 €
87.41.1	NR	5.928 €	24.436 €	248.658 €	7.131 €	286.152 €
39.95.4	NR	44.421 €	83.278 €	120.416 €	29.418 €	277.533 €
90.81.5	NR	2.720 €	59.564 €	186.620 €	4.317 €	253.221 €
39.95.7	NR	44.932 €	51.611 €	122.884 €	23.165 €	242.592 €
88.76.1	NR	17.210 €	48.537 €	150.347 €	18.732 €	234.826 €
8972J	NO NR		214.012 €			214.012 €
8971J	NO NR		203.622 €			203.622 €
8909J	NO NR		197.100 €			197.100 €
91297	NO NR			194.447 €		194.447 €
91.30.2	NR		134.864 €	40.599 €	5.107 €	180.570 €
88.94.1	NR	8.047 €	28.147 €	110.899 €	5.080 €	152.173 €
Totale complessivo		371.023 €	1.730.137 €	15.564.536 €	494.065 €	18.159.761 €