

Deliberazione della Giunta Regionale 14 giugno 2018, n. 37-7057

Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati. Integrazione alla DGR n. 73-5504 del 3.08.2017. Definizione dei tetti di spesa regionali ed aziendali ed approvazione dello schema di contratto per le annualità 2018-2019.

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”*.

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 un 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 sopraddetti. 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.

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, con DGR 19 novembre 2014, n. 1-600 e s.m.i., ha rivisto i fabbisogni di ricovero del SSR.

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*”.

Con DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, con l'obiettivo di pervenire medio tempore alla contrattazione anche degli erogatori pubblici, sono state approvate 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 nonché lo schema di contratto ed i tetti di spesa regionali ed aziendali per l'annualità 2017. Gli aspetti più innovativi introdotti dal citato provvedimento deliberativo possono esser riassunti come di seguito indicato:

- 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;
- sviluppo della funzione di committenza delle AASSLL, a 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;
- 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;
- assegnazione a talune ASR, ad integrazione dei tetti di spesa di cui sopra, di risorse aggiuntive, per finalità di negoziazione con strutture di diritto privato di prestazioni aggiuntive per il recupero della mobilità passiva fuori Regione;
- assegnazione agli erogatori accreditati di un valore annuale di riferimento definito in base al valore del budget 2016;
- 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;
- 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* “;
- 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.

Con D.D. 15 settembre 2017, n. 547, D.D. 15 novembre 2017 n. 671 e D.D. 917 del 28 dicembre 2017 sono stati definiti i valori di riferimento da assegnare a ciascuna Azienda Sanitaria locale per la fase di negoziazione di prestazioni sanitarie per residenti piemontesi con le Strutture private accreditate con il SSR, ubicate sul territorio di competenza.

Con successiva deliberazione n. 30-6425 del 26 gennaio 2018, nelle more della conclusione delle attività regionali di verifica della produzione realizzata nell'annualità 2017 remunerabile ai singoli erogatori privati, la Giunta regionale ha confermato provvisoriamente i tetti di spesa disposti nell'allegato A) alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, e demandato a successivo provvedimento la definizione, nell'ambito delle regole di finanziamento disposte per le annualità 2017-2018-2019, dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati.

Preso atto della DGR n. 113-6305 del 22 dicembre 2017 con cui la Giunta regionale ha provveduto alla determinazione delle risorse assegnate agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2018.

Preso altresì atto che, con D.D. n. 349 del 24.5.2018, la Direzione regionale Sanità ha provveduto alla valorizzazione economica delle prestazioni di acuzie, post-acuzie e attività ambulatoriale erogate, nell'esercizio 2017, dalle strutture private accreditate e a contratto con il SSR, entro i limiti di spesa disposti dalla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, nonché alla valorizzazione delle premialità/penalizzazioni per qualità della performance delle prestazioni erogate.

Ritenuto, con il presente provvedimento, di dare continuità per le annualità 2018-2019 alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati, già definite ex DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, provvedendo, anche alla luce delle attività di verifica realizzate sui dati di produzione e di spesa dell'annualità 2017 - articolati sia per ASL di residenza dei pazienti sia per ASL di ubicazione delle strutture, ad un parziale adeguamento e dettaglio delle stesse, allo scopo di migliorare ulteriormente i livelli di efficienza della spesa e di qualità dell'assistenza nel rispetto dei vincoli di spesa.

Ritenuto, in continuità e nell'ambito delle regole di finanziamento disposte ex DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, con il presente provvedimento:

- approvare i valori regionali di riferimento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (acuzie e post-acuzie) e di specialistica ambulatoriale, per le annualità 2018 e 2019, dalle strutture pubbliche e dagli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni a carico del sistema sanitario regionale, come da allegato A) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale;
- assegnare a ciascuna Aziende Sanitarie Locale i valori di riferimento, per l'acquisto di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori pubblici e privati accreditati, definiti nell'allegato A) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale; all'interno di detti valori viene individuato il tetto invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto con il SSR, quantificato in relazione al consumo per residenti realizzato nell'annualità 2017;
- approvare lo schema di contratto 2018-2019 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 B1) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale. Gli schemi di contratto/accordo contrattuale di cui all'allegato B1) si applicano anche agli erogatori privati che, in virtù di intese preesistenti, non sono stati assoggettati, nel corso dell'annualità 2017, alle regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017;
- approvare lo schema di contratto 2018-2019 a valere per le strutture private accreditate e già contrattate per attività attualmente classificate come Lungodegenza psichiatrica, Riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare, allegato B2) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale;
- approvare il documento allegato C) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale che, in continuità con i criteri approvati nell'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, definisce le linee di indirizzo regionali 2018-2019 per l'esercizio, da parte delle ASL, della funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati nonché per la regolazione dei contratti e la valutazione della qualità della performance delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR;
- prevedere che il tetto di spesa 2018 assegnato a ciascuna ASL per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati a contratto con il SSR è ulteriormente suddiviso in 3 sottotetti, separati e distinti, che rappresentano il limite invalicabile di spesa per l'acquisto,

rispettivamente, di prestazioni sanitarie di ricovero in acuzie, di ricovero in post-acuzie e di specialistica ambulatoriale; detti tetti di spesa sono quantificati in relazione al consumo nell'anno 2017 per residenti con riguardo ai differenti setting assistenziali. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro potrà essere incrementato il solo tetto di spesa dell'ASL relativo alla specialistica ambulatoriale con corrispondente e correlata riduzione dei tetti per il ricovero; l'incremento potrà essere effettuato sia dall'Azienda in fase negoziale – in tal caso dovrà essere comunicato alla Regione entro 90 giorni dall'adozione del presente provvedimento per i conseguenti atti da parte della Direzione regionale Sanità - che, a consuntivo, in sede di valorizzazione delle prestazioni. Nell'ipotesi in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate dagli erogatori – ridotte degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - eccedano 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 secondo le previsioni di cui all'allegato C) al presente provvedimento. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore per ogni setting assistenziale. In presenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR gli avanzi saranno utilizzati secondo le seguenti priorità: a) per reintegrare al 95% le remunerazioni che, a seguito dell'applicazione dei meccanismi di regressione, risultino inferiori; b) per ripristinare pro-quota gli eventuali abbattimenti economici applicati con la regressione proporzionale per le prestazioni ad alta complessità; c) gli eventuali ulteriori avanzi potranno essere utilizzati per mitigare gli effetti della regressione sulle prestazioni ambulatoriali;

- prevedere che i tre tetti di spesa di cui all'alinea precedente includano 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;
- stabilire che i tetti di spesa annua invalicabili ed i valori di riferimento per prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale erogate a residenti in altre regioni sono fissati, per ciascuna ASL, all'allegato A) al presente provvedimento in conformità ai criteri indicati nell'allegato C); le eventuali eccedenze di produzione di ricovero in bassa e media complessità saranno riconosciute 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. Verrà altresì riconosciuto agli erogatori privati contrattati con il SSR il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero in alta complessità 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;
- demandare alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio la funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie dalle singole Strutture private accreditate e a contratto con il SSR, sulla base degli schemi di contratto di cui agli alinea precedenti e nei limiti dei tetti di spesa assegnati e dei posti letto accreditati e contrattati ex DGR 27 luglio 2016 n. 12-3730 e s.m.i. - salvo variazioni programmate con l'ASL di riferimento e recepite a livello regionale - nonché nell'ambito dei criteri e delle linee di indirizzo definiti nell'allegato C) al presente provvedimento. Le ASL potranno negoziare, con ogni singola struttura privata accreditata, prestazioni protette, individuate ex allegato C) al presente

provvedimento, nei limiti del 30% del valore di riferimento contrattato con la struttura, con riguardo a ciascun setting assistenziale. 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;

- demandare a successivo atto della competente Direzione regionale Sanità, la determinazione del valore annuale di riferimento, per l'annualità 2018, con riguardo a ciascun erogatore privato, per la successiva fase di negoziazione delle prestazioni da parte delle ASL competenti (ivi compreso il valore di riferimento per la mobilità attiva). Il valore di riferimento è quantificato come segue: a) per le strutture private accreditate e contrattate con il SSR che, nel corso dell'annualità 2017, in virtù di preesistenti intese, non sono state assoggettate alle regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017, pari al valore contrattato nell'anno 2017; b) per le strutture private accreditate e contrattate con il SSR alle quali, nel corso dell'annualità 2017, sono state applicate le regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017, in misura pari al valore di riferimento contrattato anno 2017, ricalcolato alla luce dei trasferimenti per setting assistenziale delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa, con l'incremento del 70% della eventuale maggiore produzione complessiva realizzata per attività di ricovero in acuzie ed ambulatoriale (esclusa post-acuzie) entro i limiti di valorizzazione di cui alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017 (110% del budget/valore contrattato 2016 al netto dei controlli di 1^a e di 2^a livello, esclusi gli eventuali abbattimenti a seguito dell'applicazione dei meccanismi di regressione, dei controlli di 3^a livello e ulteriori controlli aziendali);
- dare atto che, in continuità con le previsioni di cui alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, la produzione realizzata dagli erogatori in eccedenza ai valori di riferimento di cui all'alinea precedente potrà essere riconosciuta, a chiusura dell'esercizio 2018, attraverso la valorizzazione delle 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 di riferimento contrattato dalla singola Struttura privata accreditata. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte degli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - eccedenti il limite del 110% del valore contrattato non saranno riconosciute quelle ricomprese in detto limite ma, eventualmente, eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole di cui agli allegati B1) e C) al presente provvedimento;
- disporre che le ASL provvederanno alla negoziazione con le singole strutture private accreditate sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale ex allegato C) al presente provvedimento. La produzione realizzata nel periodo transitorio ex DGR n. 30-6425/2018 (nei limiti di 1/12 per mese del valore annuo di riferimento definito dalle DD 13 settembre 2017, n. 574 e s.m.i.) rientra nell'ambito del budget annuale definitivo dei singoli erogatori per l'annualità 2018;
- disporre che, con riguardo all'annualità 2019, la definizione del valore annuale di riferimento per ciascuno erogatore privato avverrà sulla base del valore di riferimento contrattato per l'annualità 2018 incrementato o ridotto nella misura del 70% della maggiore o minore produzione realizzata – per attività di ricovero in acuzie ed ambulatoriale – entro i limiti di valorizzazione di cui agli allegati B1) e C) al presente provvedimento, eventualmente riproporzionati nei limiti del tetto di spesa regionale complessivo per setting assistenziale;
- disporre che la sottoscrizione dei contratti per le annualità 2018-2019 con i singoli erogatori privati dovrà avvenire entro il termine di 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento. Posto che, ai sensi dell'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 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 di annualità, una limitazione della produzione entro e non oltre il 90% del valore di riferimento, 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;

- disporre che le ASL, nel corso del 2018, provvedano all'avvio di una fase negoziale anche con gli erogatori pubblici, al fine di una prima quantificazione dei fabbisogni in vista della successiva definizione dei budget e della sottoscrizione di accordi contrattuali ASL/AO/presidi ospedalieri interni per l'annualità 2019; lo schema di accordo contrattuale ASL/AO/presidi ospedalieri interni sarà approvato con successivo atto della competente Direzione regionale Sanità;
- dare atto che, in continuità con le previsioni di cui alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, per le Strutture la cui titolarità è in capo al medesimo soggetto giuridico, o per quelle appartenenti ad un medesimo Gruppo societario, in sede di definizione del valore di riferimento saranno ammesse, in presenza di un effettivo fabbisogno e fermo restando il valore di riferimento complessivo del Gruppo, compensazioni fra i valori per i medesimi setting assistenziali assegnati alle singole Strutture del Gruppo, previa intesa fra le ASL interessate e parere favorevole dell'Amministrazione regionale;
- disporre che le ASL di competenza territoriale, con riguardo alla spesa farmaceutica, 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;
- approvare, con riguardo ai finanziamenti correlati alle attività cosiddette "a funzione" di emergenza-urgenza e di ossigenoterapia iperbarica in regime di urgenza, i livelli di spesa definiti nell'allegato A) al presente provvedimento, 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;
- applicare, anche con riguardo alle annualità 2018-2019, il sistema di valutazione della qualità della performance delle strutture private accreditate prevedendo, come dettagliato nel documento allegato C) al presente atto, che, per il 2018, si consoliderà il sistema introdotto nel 2° semestre 2017, basato sulle premialità o penalizzazioni da applicarsi sulle valutazioni degli indicatori previsti dal Treemap - PNE (protocollo PNE contestualizzato a livello regionale). Per il 2019 si estenderà il sistema di premialità o penalizzazioni anche alle strutture pubbliche con integrazione degli indicatori di valutazione ad ulteriori ambiti collegati ad obiettivi prioritari della programmazione regionale, definiti con successivo atto della Giunta regionale. A tal fine le ASL garantiranno le risorse necessarie nell'ambito delle somme assegnate in sede di riparto per le annualità 2018-2019;
- vincolare una somma pari a euro 10.000.000 per specifiche finalità definite a livello regionale (riduzione dei tempi di attesa, risposta a specifici fabbisogni evidenziati dalle ASL, fabbisogni conseguenti a revisione rete post-acute, ecc..). che trova copertura sulle quote del Fondo sanitario regionale indistinto accantonate nell'anno 2014, impegno 314-2014 sul capitolo 157318 (missione 13- programma 1).

Rilevato altresì atto che:

- con DGR n. 30-6425 del 26.1.2018 è stata confermata l'assegnazione alle ASL individuate all'allegato A) - tabella C - alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504 delle risorse aggiuntive

vincolate per l'annualità 2018 per finalità di sviluppo della sanità erogata dalle strutture private nel territorio piemontese nell'ottica della riduzione della mobilità passiva fuori regione (ASL NO: Euro 4.600.000, ASL VCO: Euro 2.400.000, ASL AL: Euro 6.500.000), demandando a successivo provvedimento della Direzione Sanità, a seguito di specifiche istruttorie aziendali, la destinazione dell'ulteriore quota vincolata per l'anno 2018, pari a Euro 2.000.000, nonché dell'eventuale residuo rispetto alla quota aggiuntiva – non assegnata alle ASL - vincolata per detta finalità per il II semestre 2017 pari a Euro 1.000.000,00. Per il 2019 si procederà alla verifica della produzione realizzata e, con successivo atto, all'eventuale consolidamento della prassi definita a livello regionale;

- risulta necessario, con il presente provvedimento, prevedere che la Direzione Sanità, con specifico atto e a seguito delle istruttorie realizzate a livello aziendale, a riallocare le somme residue relative all'annualità 2017 nonché le ulteriori quote vincolate alle ASL per l'annualità 2018 e non negoziate dalle stesse entro il termine di 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento.

Rilevato infine che:

- con riferimento all'attività di post-acuzie ospedaliera (riabilitazione codici 56, 28 e 75; lungodegenza codice 60) risulta in via di perfezionamento il percorso di revisione finalizzato all'aggiornamento della dotazione di posti letto sull'intero territorio regionale, alla ridefinizione dei contenuti dei diversi livelli di assistenza e di riabilitazione domiciliare, all'identificazione del modello organizzativo-funzionale della rete nonché alla revisione delle tariffe. Nelle more della formalizzazione degli atti di cui sopra rimane pertanto vigente l'attuale organizzazione delle attività di post-acuzie ospedaliera;
- con specifico riguardo alle attività di ricovero neuropsichiatrico risulta tuttora in itinere il processo di riconversione e riqualificazione di tale tipologia assistenziali, che prevede, nell'arco massimo del triennio, di ricondurre i relativi posti letto all'ambito dell'assistenza territoriale;
- con riguardo ai programmi sperimentali triennali 2015-2017, assegnati con DGR 27 luglio 2016, n. 12-3730 e s.m.i. agli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS di Candiolo, IRCCS Maugeri di Veruno, Istituto Auxologico) ed in scadenza al 30.06.2018 si pone l'esigenza di prorogare le relative attività fino al 31.12.2018, poiché è tutt'ora in fase di completamento l'analisi delle ricadute dei progetti propedeutica alla ridefinizione dei programmi ovvero alla riclassificazione delle funzioni in sintonia alle previsioni di cui al predisponendo atto di revisione delle attività riabilitative.

Dato altresì atto che la direzione regionale Sanità ha provveduto con successive riunioni in data 3.5.2018 e 21.05.2018 ad un confronto, ex articolo 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992, con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati in merito al dettaglio delle regole di finanziamento applicabili alle strutture private accreditate per le annualità 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.

Dato atto che la copertura economica del provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale;

la Giunta regionale condividendo le motivate argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

1. di approvare i valori regionali di riferimento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (acuzie e post-acuzie) e di specialistica ambulatoriale, per le annualità 2018 e 2019, dalle strutture pubbliche e dagli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni a carico del sistema sanitario regionale, come da allegato A) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale;
2. di assegnare a ciascuna Aziende Sanitarie Locale i valori di riferimento, per l'acquisto di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori pubblici e privati accreditati, definiti nell'allegato A) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale; all'interno di detti valori viene individuato il tetto invalicabile di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto con il SSR, quantificato in relazione al consumo per residenti realizzato nell'annualità 2017;
3. di approvare lo schema di contratto 2018-2019 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 B1) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale. Gli schemi di contratto/accordo contrattuale di cui all'allegato B1) si applicano anche agli erogatori privati che, in virtù di intese preesistenti, non sono stati assoggettati, nel corso dell'annualità 2017, alle regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017;
4. di approvare lo schema di contratto 2018-2019 a valere per le strutture private accreditate e già contrattate per attività attualmente classificate come Lungodegenza psichiatrica, Riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare, allegato B2) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale;
5. di approvare il documento allegato C) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale che, in continuità con i criteri approvati nell'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, definisce le linee di indirizzo regionali 2018-2019 per l'esercizio, da parte delle ASL, della funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati nonché per la regolazione dei contratti e la valutazione della qualità della performance delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR;
6. di prevedere che i tetti di spesa 2018 e 2019 assegnati a ciascuna ASL per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati a contratto con il SSR è ulteriormente suddiviso in 3 sottotetti, separati e distinti, che rappresentano il limite invalicabile di spesa per l'acquisto, rispettivamente, di prestazioni sanitarie di ricovero in acuzie, di ricovero in post-acuzie e di specialistica ambulatoriale; detti tetti di spesa sono quantificati in relazione al consumo nell'anno 2017 per residenti con riguardo ai differenti setting assistenziali. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro potrà essere incrementato il solo tetto di spesa dell'ASL relativo alla specialistica ambulatoriale con corrispondente e correlata riduzione dei tetti per il ricovero; l'incremento potrà essere effettuato sia dall'Azienda in fase negoziale – in tal caso dovrà essere comunicato alla Regione entro 90 giorni dall'adozione del presente provvedimento per i conseguenti atti da parte della Direzione regionale Sanità - che, a consuntivo, in sede di valorizzazione delle prestazioni. Nell'ipotesi in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate dagli erogatori – ridotte degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - eccedano 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 secondo le previsioni di cui all'allegato C) al presente provvedimento. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore per ogni setting assistenziale. In presenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR gli avanzi saranno utilizzati secondo le seguenti priorità: a) per reintegrare al 95% le remunerazioni che, a seguito dell'applicazione

dei meccanismi di regressione, risultino inferiori; b) per ripristinare pro-quota gli eventuali abbattimenti economici applicati con la regressione proporzionale per le prestazioni ad alta complessità; c) gli eventuali ulteriori avanzi potranno essere utilizzati per mitigare gli effetti della regressione sulle prestazioni ambulatoriali;

7. di prevedere che i tre tetti di spesa di cui all'alinea precedente includano 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;
8. di stabilire che i tetti di spesa annua invalicabili ed i valori di riferimento per prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale erogate a residenti in altre regioni sono fissati, per ciascuna ASL, all'allegato A) al presente provvedimento in conformità ai criteri indicati nell'allegato C); le eventuali eccedenze di produzione saranno riconosciute in conformità all'art. 4, comma 4 del contratto (allegato B);
9. di demandare alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio la funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie dalle singole Strutture private accreditate e a contratto con il SSR, sulla base degli schemi di contratto di cui agli alinea precedenti e nei limiti dei tetti di spesa assegnati e dei posti letto accreditati e contrattati ex DGR 27 luglio 2016 n. 12-3730 e s.m.i. - salvo variazioni programmate con l'ASL di riferimento e recepite a livello regionale - nonché nell'ambito dei criteri e delle linee di indirizzo definiti nell'allegato C) al presente provvedimento. Le ASL potranno negoziare, con ogni singola struttura privata accreditata, prestazioni protette, individuate ex allegato C) al presente provvedimento, nei limiti del 30% del valore di riferimento contrattato con la struttura, con riguardo a ciascun setting assistenziale. 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;
10. di demandare a successivo atto della competente Direzione regionale Sanità, la determinazione del valore annuale di riferimento, per l'annualità 2018, con riguardo a ciascun erogatore privato, per la successiva fase di negoziazione delle prestazioni da parte delle ASL competenti (ivi compreso il valore di riferimento per la mobilità attiva). Il valore di riferimento è quantificato come segue: a) per le strutture private accreditate e contrattate con il SSR che, nel corso dell'annualità 2017, in virtù di preesistenti intese, non sono state assoggettate alle regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017, pari al valore contrattato nell'anno 2017; b) per le strutture private accreditate e contrattate con il SSR alle quali, nel corso dell'annualità 2017, sono state applicate le regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017, in misura pari al valore di riferimento contrattato anno 2017, ricalcolato alla luce dei trasferimenti per setting assistenziale delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa, con l'incremento del 70% della eventuale maggiore produzione complessiva realizzata per attività di ricovero in acuzie ed ambulatoriale (esclusa post-acuzie) entro i limiti di valorizzazione di cui alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017 (110% del budget/valore contrattato 2016 al netto dei controlli di 1^a e di 2^a livello, esclusi gli eventuali abbattimenti a seguito dell'applicazione dei meccanismi di regressione, dei controlli di 3^a livello e ulteriori controlli aziendali);
11. di dare atto che, in continuità con le previsioni di cui alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, la produzione realizzata dagli erogatori in eccedenza ai valori di riferimento di cui all'alinea precedente potrà essere riconosciuta, a chiusura dell'esercizio 2018, attraverso la valorizzazione delle 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 di riferimento contrattato dalla singola Struttura privata accreditata. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte degli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione - eccedenti il limite del 110% del valore contrattato non saranno riconosciute, quelle ricomprese in detto limite ma, eventualmente, eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole di cui agli allegati B1) e C) al presente provvedimento;
12. di disporre che le ASL provvederanno alla negoziazione con le singole strutture private accreditate sulla base degli indirizzi definiti a livello regionale ex allegato C) al presente provvedimento. La produzione realizzata nel periodo transitorio ex DGR n. 30-6425/2018 (nei limiti di 1/12 per mese del valore annuo di riferimento definito dalle DD 13 settembre 2017, n. 574 e s.m.i.) rientra nell'ambito del budget annuale definitivo dei singoli erogatori per l'annualità 2018;
 13. di disporre che, con riguardo all'annualità 2019, la definizione del valore annuale di riferimento per ciascuno erogatore privato avverrà sulla base del valore di riferimento contrattato per l'annualità 2018 incrementato o ridotto nella misura del 70% della maggiore o minore produzione realizzata – per attività di ricovero in acuzie ed ambulatoriale – entro i limiti di valorizzazione di cui agli allegati B1) e C) al presente provvedimento, eventualmente riproporzionati nei limiti del tetto di spesa regionale complessivo per setting assistenziale;
 14. di disporre che la sottoscrizione dei contratti per le annualità 2018-2019 con i singoli erogatori privati dovrà avvenire entro il termine di 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento. Posto che, ai sensi dell'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 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 di annualità, una limitazione della produzione entro e non oltre il 90% del valore di riferimento, 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;
 15. di disporre che le ASL, nel corso del 2018, provvedano all'avvio di una fase negoziale anche con gli erogatori pubblici, al fine di una prima quantificazione dei fabbisogni in vista della successiva definizione dei budget e della sottoscrizione di accordi contrattuali ASL/AO/presidi ospedalieri interni per l'annualità 2019; lo schema di accordo contrattuale ASL/AO/presidi ospedalieri interni sarà approvato con successivo atto della competente Direzione regionale Sanità;
 16. di dare atto che, in continuità con le previsioni di cui alla DGR n. 73-5504 del 3.8.2017, per le Strutture la cui titolarità è in capo al medesimo soggetto giuridico, o per quelle appartenenti ad un medesimo Gruppo societario, in sede di definizione del valore di riferimento saranno ammesse, in presenza di un effettivo fabbisogno e fermo restando il valore di riferimento complessivo del Gruppo, compensazioni fra i valori per i medesimi setting assistenziali assegnati alle singole Strutture del Gruppo, previa intesa fra le ASL interessate e parere favorevole dell'Amministrazione regionale;
 17. di disporre che le ASL di competenza territoriale, con riguardo alla spesa farmaceutica, 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;

18. di approvare, con riguardo ai finanziamenti correlati alle attività cosiddette “a funzione” di emergenza-urgenza e di ossigenoterapia iperbarica in regime di urgenza, i livelli di spesa definiti nell'allegato A) al presente provvedimento, 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;
19. di applicare, anche con riguardo alle annualità 2018-2019, il sistema di valutazione della qualità della performance delle strutture private accreditate prevedendo, come dettagliato nel documento allegato C) al presente atto, che, per il 2018, si consoliderà il sistema introdotto nel 2° semestre 2017, basato sulle premialità o penalizzazioni da applicarsi sulle valutazioni degli indicatori previsti dal Treemap – PNE (protocollo PNE contestualizzato a livello regionale). Per il 2019 si estenderà il sistema di premialità o penalizzazioni anche alle strutture pubbliche con integrazione degli indicatori di valutazione ad ulteriori ambiti collegati ad obiettivi prioritari della programmazione regionale, definiti con successivo atto della Giunta regionale. A tal fine le ASL garantiranno le risorse necessarie nell'ambito delle somme assegnate in sede di riparto per le annualità 2018-2019;
20. di vincolare una somma pari a euro 10.000.000 per specifiche finalità definite a livello regionale (riduzione dei tempi di attesa, risposta a specifici fabbisogni evidenziati dalle ASL, fabbisogni conseguenti a revisione rete post-acuzie, ecc..). che trova copertura sulle quote del Fondo sanitario regionale indistinto accantonate nell'anno 2014, impegno 314-2014 sul capitolo 157318 (missione 13- programma 1);
21. di demandare a successivo provvedimento della Direzione regionale Sanità, nell'ambito delle risorse aggiuntive vincolate per le annualità 2017-2018 a finalità di recupero della mobilità passiva fuori regione ed assegnate ex all. A) tab. C della DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, la riallocazione delle economie relative all'annualità 2017 nonché delle ulteriori quote vincolate alle ASL per l'annualità 2018 e non negoziate dalle stesse entro il termine di 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento. Per il 2019 si procederà alla verifica della produzione realizzata e, con successivo atto, all'eventuale consolidamento della prassi definita;
22. di demandare a successivo provvedimento della Direzione Sanità, da adottarsi entro il termine del 31.12.2018, la ridefinizione dei programmi ovvero la riclassificazione delle funzioni attribuite ex art. 8 sexies del d.lgs. 502/92 e s.m.i. agli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico - IRCCS – disponendo, con il presente provvedimento, una proroga fino al 31.12.2018 dei programmi sperimentali triennali assegnati con DGR 27 luglio 2016 all'IRCCS Candiolo, all'IRCCS Maugeri di Veruno ed all'IRCCS Auxologico di Piancavallo, ed in scadenza al 30.06.2018. A tal fine viene disposto, nell'allegato A) al presente provvedimento, uno specifico finanziamento per il 2° semestre 2018, per ciascuna struttura, quale contributo regionale al potenziamento della funzione di ricerca applicata che non trova sufficiente copertura nella remunerazione a prestazione. Le risorse di cui trattasi rappresentano un limite 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;
23. di confermare, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di graduale riqualificazione delle relative attività, i posti letto contrattati ed il budget assegnato con riguardo ai soggetti privati accreditati e già contrattati per attività attualmente classificate come Lungodegenza psichiatrica, Riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare, di cui all'allegato A), tabella B, punti 3) e 4) della DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504. E' ammessa la compensazione tra i tetti di spesa destinati al ricovero e quelli destinati a CAVS e ad attività domiciliare. Detti erogatori provvederanno alla sottoscrizione dei contratti con le ASL competenti per territorio in conformità allo schema allegato sub B2) al presente atto a farne parte integrante e sostanziale;

24. di dare atto che la copertura economica del provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

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

Allegato A)

Tetti di spesa per acquisto prestazioni sanitarie da privato e Funzioni assistenziali ospedaliere

- TAB A** Tetti di spesa delle Strutture Private e Valori di riferimento delle Strutture Pubbliche del SSR per ASL di residenza
- TAB B** Ulteriori Tetti di spesa di struttura, esercizio 2018, dettagliati per ASL Territoriale - altre tipologie di prestazioni sanitarie
- TAB C** integrazione dei tetti di spesa attraverso il riparto di risorse sanitarie finalizzato al recupero della mobilità passiva fuori regione e per ulteriori obiettivi di governo regionale - Utilizzo di quota parte delle risorse accantonate in GSA

TABELLA A**Tetti di spesa delle Strutture Private e Valori di riferimento delle Strutture Pubbliche del SSR per ASL di residenza****1) Prestazioni di ricovero per acuzie - ASL di Residenza**

Enti del SSR	TOTALE TETTO DI SPESA INVALICABILE PER PRESTAZIONI DI RICOVERO PER ACUZIE - ASL DI RESIDENZA Strutture Private	VALORI DI RIFERIMENTO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE DEL SSR PRESTAZIONI EROGATE NEL 2017	TOTALE ASL DI RESIDENZA ACUZIE
ASL 301 - Città di Torino	54.043.471	295.082.142	349.125.613
ASL 203 - TO3	27.852.743	191.130.848	218.983.591
ASL 204 - TO4	33.885.737	165.188.591	199.074.328
ASL 205 - TO5	16.124.940	104.717.589	120.842.529
ASL 206 - VC	7.120.915	56.912.457	64.033.372
ASL 207 - BI	6.068.367	60.357.989	66.426.357
ASL 208 - NO	10.337.622	104.530.886	114.868.508
ASL 209 - VCO	10.598.260	50.554.009	61.152.270
ASL 210 - CN1	8.954.326	166.020.063	174.974.389
ASL 211 - CN2	5.688.967	59.089.144	64.778.111
ASL 212 - AT	5.755.793	73.289.774	79.045.566
ASL 213 - AL	17.753.837	154.142.376	171.896.214
TOTALE ASL	204.184.980	1.481.015.869	1.685.200.849

TABELLA A**Tetti di spesa delle Strutture Private e Valori di riferimento delle Strutture Pubbliche del SSR per ASL di residenza****2) Prestazioni di ricovero per Postacuzie - ASL di Residenza**

Enti del SSR	TOTALE TETTO DI SPESA INVALIDABILE PER PRESTAZIONI DI RICOVERO PER POSTACUZIE - ASL DI RESIDENZA Strutture Private	VALORI DI RIFERIMENTO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE DEL SSR PRESTAZIONI EROGATE NEL 2017	TOTALE ASL DI RESIDENZA POST ACUZIE
ASL 301 - Città di Torino	41.902.898	5.498.750	47.401.648
ASL 203 - TO3	19.316.259	6.508.217	25.824.476
ASL 204 - TO4	23.528.451	5.293.017	28.821.468
ASL 205 - TO5	9.522.846	3.472.036	12.994.882
ASL 206 - VC	6.146.463	641.285	6.787.747
ASL 207 - BI	2.128.646	3.500.537	5.629.183
ASL 208 - NO	14.074.825	2.446.750	16.521.575
ASL 209 - VCO	9.336.274	175.933	9.512.207
ASL 210 - CN1	10.279.218	7.064.162	17.343.381
ASL 211 - CN2	4.704.967	1.130.752	5.835.719
ASL 212 - AT	4.317.112	4.387.122	8.704.233
ASL 213 - AL	3.363.725	10.935.955	14.299.680
TOTALE ASL	148.621.683	51.054.516	199.676.198
TETTO Presidio Ausiliatrice ¹	2.404.773		2.404.773
TOTALE COMPLESSIVO	151.026.456	51.054.516	202.080.971

1) il Tetto del Presidio Ausiliatrice è relativo alle attività di riabilitazione ex art. 26 (incluso la riconversione in pl RRF di cui alla D.D. n. 238 del 11 aprile 2018).

TABELLA A
Tetti di spesa delle Strutture Private e Valori di riferimento delle Strutture Pubbliche del SSR per ASL di residenza
3) Prestazioni Ambulatoriali - ASL di Residenza

Enti del SSR	TOTALE TETTO DI SPESA INVALICABILE PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ASL DI RESIDENZA Strutture Private	VALORI DI RIFERIMENTO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE DEL SSR PRESTAZIONI EROGATE NEL 2017	TOTALE ASL DI RESIDENZA AMBULATORIALE
ASL 301 - Città di Torino	76.491.499	153.162.737	229.654.237
ASL 203 - TO3	35.538.514	100.678.429	136.216.943
ASL 204 - TO4	25.952.050	89.319.432	115.271.482
ASL 205 - TO5	19.018.050	53.153.555	72.171.605
ASL 206 - VC	6.275.594	34.415.546	40.691.140
ASL 207 - BI	3.998.726	32.319.440	36.318.166
ASL 208 - NO	11.496.433	62.191.816	73.688.249
ASL 209 - VCO	6.972.598	34.620.040	41.592.638
ASL 210 - CN1	3.708.503	80.345.935	84.054.438
ASL 211 - CN2	3.903.527	30.453.676	34.357.203
ASL 212 - AT	5.634.761	40.475.645	46.110.406
ASL 213 - AL	14.383.543	77.895.041	92.278.584
AGGREGATO	213.373.799	789.031.292	1.002.405.091
Tetto vincolato alle prestazioni erogate dalla LARC SpA Città di Torino a seguito del trasferimento delle attività dalla LARC - GUTTUARI (ASL di Asti). DD regionale n.100 del 16/02/2018.	718.144		718.144
TETTO Presidio Ausiliatrice ¹	2.276.290		2.276.290
TOTALE ASL	216.368.233	789.031.292	1.005.399.525
TOTALE ASL COMPLESSIVO	571.579.668	2.321.101.677	2.892.681.346

1) il Tetto del Presidio Ausiliatrice è relativo alle prestazioni di riabilitazione ex art. 26. Per tale struttura è tuttora in corso la procedura di conversione dell'attività ex. 26 in attività di RRF.

TABELLA B
Ulteriori Tetti di spesa di struttura, esercizio 2018, dettagliati per ASL Territoriale - altre tipologie di prestazioni sanitarie
1) Tetto di Spesa per Prestazioni di ricovero per acuzie - Cittadini di altre Regioni

	REGIONE	FUORI REGIONE	di cui Valore di riferimento per prestazioni di Alta Complessità	di cui Tetto di spesa per prestazioni non di Alta Complessità
ACUZIE TOTALE REGIONE 2017	Vedi TAB A	51.839.105	31.795.092	20.044.013
ACUZIE ASL CITTA' DI TORINO		7.621.569	5.461.579	2.159.990
ACUZIE ASL TO3		0	0	0
ACUZIE ASL TO4		2.962.528	759.207	2.203.321
ACUZIE ASL TO5		2.856.327	1.217.074	1.639.253
ACUZIE ASL VC		2.910.714	2.702.772	207.942
ACUZIE ASL BI		542.932	70.424	472.508
ACUZIE ASL NO		5.093.857	3.330.877	1.762.980
ACUZIEASL VCO		7.293.605	1.367.343	5.926.262
ACUZIE ASL CN1		0	0	0
ACUZIE ASL CN2		2.416.000	834.546	1.581.454
ACUZIE ASL AT		0	0	0
ACUZIE ASL AL		20.141.573	16.051.270	4.090.303

2) Tetto di Spesa per Prestazioni di ricovero per Postacuzie - Cittadini di altre Regioni

	REGIONE	FUORI REGIONE	di cui Valore di riferimento per prestazioni di Alta Complessità	di cui Tetto di spesa per prestazioni non di Alta Complessità
POSTACUZIE TOTALE REGIONE 2017	Vedi TAB A	29.529.078	40.933	29.488.145
POSTACUZIE ASL CITTA' DI TORINO		1.057.813	0	1.057.813
POSTACUZIE ASL TO3		560.000	0	560.000
POSTACUZIE ASL TO4		947.472	0	947.472
POSTACUZIE ASL TO5		40.000	0	40.000
POSTACUZIE ASL VC		469.415	0	469.415
POSTACUZIE ASL BI		183.157	0	183.157
POSTACUZIE ASL NO		3.459.250	40.933	3.418.317
POSTACUZIEASL VCO		18.936.395	0	18.936.395
POSTACUZIE ASL CN1		300.000	0	300.000
POSTACUZIE ASL CN2		668.815	0	668.815
POSTACUZIE ASL AT		300.000	0	300.000
POSTACUZIE ASL AL		2.606.761	0	2.606.761

TABELLA B
Ulteriori Tetti di spesa di struttura, esercizio 2018, dettagliati per ASL Territoriale - altre tipologie di prestazioni sanitarie
3) Tetto di Spesa per Prestazioni CAVS - Cittadini Piemontesi

	REGIONE	FUORI REGIONE	TOTALE
CAVS TOTALE REGIONE 2017	19.554.770	0	19.554.770
CAVS ASL CITTA' DI TORINO	0	0	0
CAVS ASL TO3	2.520.000	0	2.520.000
CAVS ASL TO4	7.773.900	0	7.773.900
CAVS ASL TO5	580.000	0	580.000
CAVS ASL VC	0	0	0
CAVS ASL BI	620.000	0	620.000
CAVS ASL NO	0	0	0
CAVS ASL VCO	2.807.120	0	2.807.120
CAVS ASL CN1	2.750.000	0	2.750.000
CAVS ASL CN2	1.733.750	0	1.733.750
CAVS ASL AT	0	0	0
CAVS ASL AL	770.000	0	770.000

		REGIONE	FUORI REGIONE	TOTALE
		19.554.770	0	19.554.770
		3.233.900	0	3.233.900
301		TOTALI ASL CITTA' DI TORINO	0	0
203	614	VILLE AUGUSTA	1.550.000	0
203	615	VILLA PATRIZIA	970.000	0
203		TOTALI ASL TO3	2.520.000	0
204	644	VILLA GRAZIA	2.330.000	0
204	617	VILLE TURINA AMIONE	1.050.000	0
204	622	VILLA IDA	1.160.000	0
204		S.A.A.P.A	3.233.900	0
204		TOTALI ASL TO4	7.773.900	0
204		TO4 CAVS di cui ex art. 9 bis D.Lgs n. 502/1992	3.233.900	0
205	617	VILLA DI SALUTE	580.000	0
205		TOTALI ASL TO5	580.000	0
206		TOTALI ASL VC	0	0
207	627	SAN GIORGIO	620.000	0
207		TOTALI ASL BI	620.000	0
208		TOTALI ASL NO	0	0
209	629	EREMO DI MIAZZINA	1.900.000	0
209		FONDAZIONE SACRA FAMIGLIA	907.120	0
209		TOTALI ASL VCO	2.807.120	0
210	633	CLIMATICO DI ROBILANTE	1.160.000	0
210	634	MONTESERRAT	1.590.000	0
210		TOTALI ASL CN1	2.750.000	0
211		FONDAZIONE FERRERO	1.733.750	0
211		TOTALI ASL CN2	1.733.750	0
212		TOTALI ASL AT	0	0
213	626	POLICLINICO DI MONZA	770.000	0
213		TOTALI ASL AL	770.000	0

TABELLA B
Ulteriori Tetti di spesa di struttura, esercizio 2018, dettagliati per ASL Territoriale - altre tipologie di prestazioni sanitarie
4) Tetto di Spesa per Prestazioni Neuro (Prestaz.: 40, 56-40, 60-40) - Cittadini Piemontesi e Non

	REGIONE	FUORI REGIONE	TOTALE
NEURO TOTALE REGIONE	27.626.895	4.335.604	31.962.499
NEURO ASL CITTA' DI TORINO	0	0	0
NEURO ASL TO3	5.970.000	130.000	6.100.000
NEURO ASL TO4	6.460.000	250.000	6.710.000
NEURO ASL TO5	3.330.000	50.000	3.380.000
NEURO ASL VC	0	0	0
NEURO ASL BI	1.420.000	210.000	1.630.000
NEURO ASL NO	2.930.000	3.200.000	6.130.000
NEURO ASL VCO	0	0	0
NEURO ASL CN1	0	0	0
NEURO ASL CN2	2.853.846	346.154	3.200.000
NEURO ASL AT	0	0	0
NEURO ASL AI	4.663.049	149.450	4.812.499

			REGIONE	FUORI REGIONE	TOTALE
REGIONE TOTALE NEURO			27.626.895	4.335.604	31.962.499
301		TOTALI CITTA DI TO			
203	010614	VILLE AUGUSTA	4.540.000	100.000	4.640.000
203	010615	VILLA PATRIZIA	1.430.000	30.000	1.460.000
203		TOTALI ASL TO3	5.970.000	130.000	6.100.000
204	010617	VILLE TURINA AMIONE	6.460.000	250.000	6.710.000
204		TOTALI ASL TO4	6.460.000	250.000	6.710.000
205	010620	VILLA DI SALUTE	3.330.000	50.000	3.380.000
205		TOTALI ASL TO5	3.330.000	50.000	3.380.000
206		TOTALI ASL VC			
207	010627	SAN GIORGIO	1.420.000	210.000	1.630.000
207		TOTALI ASL BI	1.420.000	210.000	1.630.000
208	010665	VILLA CRISTINA	2.930.000	3.200.000	6.130.000
208		TOTALI ASL NO	2.930.000	3.200.000	6.130.000
209		TOTALI ASL VCO			
210		TOTALI ASL CN1			
211	010631	SAN MICHELE	2.853.846	346.154	3.200.000
211		TOTALI ASL CN2	2.853.846	346.154	3.200.000
212		TOTALI ASL AT			
213	149450	SANT'ANNA (Casale)	4.663.049	149.450	4.812.499
213		TOTALI ASL AL	4.663.049	149.450	4.812.499

TABELLA B
Ulteriori Tetti di spesa di struttura, esercizio 2018, dettagliati per ASL Territoriale - altre tipologie di prestazioni sanitarie
5) Valori di Riferimento per Prestazioni Ambulatoriali - Cittadini di altre Regioni '

	REGIONE	FUORI REGIONE
TOTALE REGIONE 2017	Vedi TAB A	10.278.789
ASL CITTA' DI TORINO		2.350.554
ASL TO3		57.445
ASL TO4		167.526
ASL TO5		1.242.709
ASL VC		760.997
ASL BI		20.131
ASL NO		1.417.817
ASL VCO		169.112
ASL CN1		9.812
ASL CN2		43.320
ASL AT		15.425
ASL AL		4.023.941

Il Valore di riferimento tiene conto delle prestazioni erogate dalla LARC SpA Città di Torino a seguito del trasferimento delle attività dalla LARC - GUTTUARI (ASL di Asti). DD regionale n.100 del 16/02/2018.

1) Gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni ambulatoriali (rispetto agli importi indicati) 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.

6) Tetto di Spesa per Prestazioni di assistenza domiciliare - Cittadini Piemontesi

	REGIONE
TOTALE REGIONE 2017	2.200.000
<i>di cui art. 9 bis D.Lgs. n. 502/92</i>	0
ASL CITTA' DI TORINO	2.200.000
ASL TO3	0
ASL TO4	0
ASL TO5	0
ASL VC	0
ASL BI	0
ASL NO	0
ASL VCO	0
<i>di cui ex art. 9 bis D.Lgs n. 502/1992)</i>	0
ASL CN1	0
ASL CN2	0
ASL AT	0
ASL AL	0

				REGIONE
301	993	010893	PRESIDIO SAN CAMILLO	200.000
301	990	010890	PRESIDIO AUSILIATRICE	1.900.000
301	921	010898	PRESIDIO MAJOR	100.000

TABELLA B

Ulteriori Tetti di spesa di struttura, esercizio 2018, dettagliati per ASL Territoriale - altre tipologie di prestazioni sanitarie

7) Valore di riferimento per la Spesa per Farmaci di File F - Cittadini Piemontesi e Non

	REGIONE E FUORI REGIONE
TOTALE REGIONE 2017	14.760.000
<i>di cui art. 9 bis D.Lgs. n. 502/92</i>	0
ASL CITTA' DI TORINO	4.350.000
ASL TO3	0
ASL TO4	0
ASL TO5	10.000.000
ASL VC	0
ASL BI	0
ASL NO	10.000
ASL VCO	400.000
<i>di cui ex art. 9 bis D.Lgs n. 502/1992)</i>	0
ASL CN1	0
ASL CN2	0
ASL AT	0
ASL AL	0

	REGIONE E FUORI REGIONE
301 992 010892 PRESIDIO GRADENIGO	3.000.000
301 997 010897 PRESIDIO COTTOLENGO	1.350.000
205 922 010922 IRCCS CANDIOLO	10.000.000
208 921 010921 IRCCS MAUGERI	10.000
209 920 010920 IRCCS AUXOLOGICO	400.000

TABELLA B-BIS

Finanziamento limite relativo alle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs.502/92

	FUNZIONE
301 992 600121 OTIP di TORINO	410.000
301 997 I CEDRI DI FARA NOVARESE	365.000
301 992 010892 PRESIDIO GRADENIGO	4.886.919
205 922 010922 IRCCS CANDIOLO	550.000
208 921 010921 IRCCS MAUGERI	1.450.000
209 920 010920 IRCCS AUXOLOGICO	1.450.000
Totale	9.111.919

TABELLA C

Integrazione dei Tetti di spesa attraverso il Riparto di risorse sanitarie finalizzato al recupero della mobilità passiva fuori regione e per ulteriori obiettivi di governo regionale - Utilizzo di quota parte delle risorse accantonate in GSA.

Tetti di spesa, complessivo e invalicabile, per ASL di residenza

1) Tetto di Spesa per Recupero di mobilità passiva fuori regione (Prestazioni di ricovero e ambulatoriale) - ASL di Residenza

Enti del SSR	Consumo di prestazioni sanitarie per residente per mobilità passiva di Ricovero e Ambulatoriale - Anno 2015	Incidenza per residenze superiore al valore di sistema	Importo assegnato per finalità di negoziazione con strutture di diritto privato	Importo negoziato dall'ASL nel 2017	...di cui importo residuo del 2017 da utilizzare nel 2018	...di cui importo assegnato per l'esercizio 2018 (intero anno)	
ASL 301 - Città di Torino	18.462.998	No					(1)
ASL 203 - TO3	8.782.005	No					(1)
ASL 204 - TO4	12.538.056	No					(1)
ASL 205 - TO5	5.239.001	No					(1)
ASL 206 - VC	7.507.929	No					(1)
ASL 207 - BI	6.949.064	No					(1)
ASL 208 - NO	24.940.733	Si	6.800.000	504.687	1.695.313	4.600.000	(2)
ASL 209 - VCO	13.038.053	Si	3.500.000		1.100.000	2.400.000	(2)
ASL 210 - CN1	9.272.429	No					(1)
ASL 211 - CN2	3.481.329	No					(1)
ASL 212 - AT	5.540.983	No					(1)
ASL 213 - AL	35.732.244	Si	9.700.000	270.248	2.929.752	6.500.000	(2)
000 - GSA			3.000.000		1.000.000	2.000.000	(3)
TOTALE ENTI DEL SSR	151.484.824		23.000.000	774.935	6.725.065	15.500.000	

2) Tetto di Spesa per ulteriori obiettivi di governo regionale per strutture pubbliche e private (riduzione dei tempi di attesa, risposta a specifici fabbisogni evidenziati dalle ASL, fabbisogni conseguenti a revisione rete post-acuzie, ecc..). (Prestazioni di ricovero e ambulatoriale)

Enti del SSR	Importo assegnato per finalità di negoziazione con strutture di diritto privato e pubblico	...di cui importo assegnato per l'esercizio 2018 (intero anno)
000 - GSA	10.000.000	10.000.000

(1) Il recupero della mobilità passiva FR dovrà essere perseguito dall'ASL attraverso azioni finalizzati a: 1. Appropriately prescrittiva/erogativa; 2. Efficientamento (incremento di produzione) dei presidi a gestione diretta e delle ASR.

(2) Il recupero della mobilità passiva FR dovrà essere perseguito dall'ASL attraverso le azioni riportate al p.to (1), integrate da un'ulteriore negoziazione con le strutture di diritto privato - budget di struttura invalicabile - entro e non oltre le risorse assegnate in ciascuna annualità.

(3) Quota vincolata per ridurre nel prossimo triennio la mobilità passiva fuori regione, da assegnare con successivi atti regionali.

Allegato B1)

**SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO CONTRATTUALE
EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019**

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:

1. 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;
2. con DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017 sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, 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 e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR n. __ - __ del __ / __ / __ sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. __ del __ / __ / __ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
5. 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 a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono realizzarsi 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 e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.
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 verserà in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge 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 nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
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 e della Regione, 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. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR e riportati nell'allegato B).
2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):
 - a) ricovero in acuzie €.,00;
 - b) specialistica ambulatoriale €.,00;
3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 105% dei valori di

riferimento per la specialistica ambulatoriale o il 110% dei valori di riferimento per l'acuzie, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa regionali per setting assistenziale laddove le eccedenze superino le economie.

4. Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €.,00.
5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di €.,00.
6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:
 - a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di €.,00 ;
 - b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di €.,00 ;
 - c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di €.,00.
7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a, nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di €.,00 (assegnato per il secondo semestre a completamento della ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022) che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.
8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, 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.
9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in 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 dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.
10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva 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 fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre i suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 105% dei valori di riferimento contrattati per la specialistica ambulatoriale o del 110% per il ricovero.
2. I valori delle produzioni entro il 105% per la specialistica ambulatoriale e il 110% per il ricovero potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.
3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale con le seguenti regole:
 - a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;
 - b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;
 - c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 105% (per la specialistica ambulatoriale) o il 110% (per il ricovero) dei valori annui di riferimento contrattati;
 - d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;
 - e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
 - f) l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 105% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
 - g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano

- compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero (compensazione a livello di ASL);
- h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;
 - i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;
 - j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.
4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
- a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));
 - b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta 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.
5. 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 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del 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. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.
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, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. 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 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 6 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;
 - b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;
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 e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile 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 alle prestazioni contrattate. 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 - 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 8 – 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 9 – 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 di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto 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 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. 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.
4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 11 – 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 12 - Foro competente.

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.

Li, ... / ... / 2018

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), 5 (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
SEDE OPERATIVA
COD. HSP11
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2018-2019

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE

.....
.....
.....

AMBULATORIO

STRUTTURA /E
SEDE/I OPERATIVA COD. STP
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

STRUTTURA /E
SEDE/I OPERATIVA COD. STP
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

Allegato B) TETTI DI SPESA INVALIDICABILI PER ASL DI RESIDENZA 2018 e 2019

ASL	ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO
ASL CITTA' DI TORINO			
ASL TO3			
ASL TO4			
ASL TO5			
ASL VC			
ASL BI			
ASL NO			
ASL VCO			
ASL CN1			
ASL CN2			
ASL AT			
ASL AL			

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
TOTALE ACUZIE					
TOTALE POST ACUZIE					
TOTALE AMBULATORIO					

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*

PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

DRG/COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PRODUZIONE 2017	PRODUZIONE 2018 ATTESA *	VALORE INCREMENTO *
TOTALE AMBULATORIO *				
TOTALE RICOVERO *				

** con possibilità di compensazione*

Allegato D)

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE
RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in 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. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzate - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR n. . . - . . . del . . . giugno 2018 e dall'allegato C) al contratto.
7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio e l'eventuale residuo del tetto di ricovero per acuzie, riconoscendo eventuali eccedenze anche oltre il 105% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero per acuzie.
8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR n. (*presente atto*) del . . . giugno 2018, e all'allegato C) al contratto.
9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni.
10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 105% (specialistica ambulatoriale) ed al 110% (ricovero) dei valori di riferimento.

11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).
12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.
13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.
14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.
15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR n. (presente atto) del . . . giugno 2018, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale

RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%

II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	pro por zio nal e
----	-----------------------------------	-------------------------------

16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, 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, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.
17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR

RIUTILIZZO DEI RESIDUI	
ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.

Allegato B2)

SCHEMA CONTRATTO EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992
PER CAVS E POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA BIENNIO 2018-2019

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/Ente., con sede legale in
., (C.F.), titolare della Casa di cura con sede/i operativa/e in .
. via, accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto,
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 disciplinano la partecipazione al SSN dei Soggetti Erogatori Privati;
- con DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017 sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, 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 e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
- con DGR n. __ - __ del __ / __ / __ sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa le regole e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. __ del __ / __ / __ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto;
- 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.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. La Struttura accreditata si impegna a somministrare, per conto e con oneri a carico del SSN, prestazioni sanitarie conformi a volumi e tipologie, per destinazione di residenza degli assistiti (Regione, Fuori regione), precisati nel successivo art 3, comma 1 e nell'allegato B) parte integrante del contratto; l'allegato B assume carattere programmatico senza vincoli economici all'interno del medesimo setting assistenziale.
3. Le prestazioni devono 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 al successivo art. 7, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo la Struttura non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area Interaziendale di Coordinamento 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, la struttura accreditata garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo,

nessuno escluso. La struttura è tenuta, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione del tasso effettivo di occupazione, ed 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 contratte 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. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge 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 nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
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 e della Regione, 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. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del contratto, sono riassunti i seguenti tetti di spesa annui massimi:

	REGIONE	FUORI REGIONE
RICOVERO		
AMBULATORIO		
DOMICILIARE		
CAVS		
TOTALE		

2. Le prestazioni erogate dal 1.1.2018 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto sono comprese nei suddetti limiti annuali. Fino all'emanazione delle disposizioni attuative regionali, gli importi fissati per l'attività domiciliare e di CAVS sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri psichiatrici e/o per le attività ambulatoriali.
3. Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, nell'ambito dei tetti massimi non è ammesso superare i limiti assegnati per ciascun setting assistenziale e per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di valorizzazione per prestazioni rese rispetto a quelle previste al comma 1 non saranno remunerate, non essendo consentito l'utilizzo di eventuali economie di risorse destinate ad una tipologia di prestazioni e/o destinazione di residenza per remunerare eccedenze in altre.
4. Successivamente alla sottoscrizione del contratto, in caso di incremento dei valori unitari delle tariffe di riferimento, sia per variazione della fascia di accreditamento sia a seguito di modificazioni comunque intervenute dei tariffari, i volumi massimi di prestazioni remunerate si intendono rideterminati nella misura necessaria a mantenere i tetti di spesa massimi fissati. In caso di variazioni tariffarie in riduzione la rideterminazione dei volumi avrà luogo in base ad apposito provvedimento della Regione previa confronto con le Associazione di categoria.

Articolo 4 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'art. 41, comma 6 del D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare in una apposita sezione nel proprio sito, denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi 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 e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 5 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato B). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR n. 24-6579 del 28/10/2013 ed ulteriori disposizioni in materia. La Struttura 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 possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 6 - Corrispettivo e modalità di pagamento.

1. La Struttura accetta i valori di attività di cui all'articolo 3, comma 1, articolati per setting assistenziale e destinazione di residenza, e il sistema di remunerazione in vigore nella Regione Piemonte con le relative tariffe onnicomprensive. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione e, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;
2. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei tetti di spesa o del 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.
3. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., 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.
4. Al termine del primo semestre di attività l'ASL verificherà, entro il mese di settembre, le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate, e liquiderà il saldo della produzione erogata nel semestre nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura.
5. 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.
6. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate. In caso di

mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

7. In caso di erogazione di prestazioni in eccedenza rispetto ai volumi previsti, permane la validità dei tetti di spesa fissati per tipologie e destinazione di residenza ed è priva di titolo l'eventuale fatturazione o richiesta di pagamento delle suddette eccedenze.
8. 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.
9. 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 oggetto di compensazione con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.
10. Gli importi indicati nei report prodotti dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalla struttura e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente; hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 7 – Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto. Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod.civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. 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 ricettizia 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 dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti 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 8 – Clausola di manleva.

1. La struttura assume ogni responsabilità 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 9 – Clausola di salvaguardia.

1. Fatte salve le intese di cui alle premesse già sottoscritte fra la regione e la Struttura, con la sottoscrizione del contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del contratto.

Articolo 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. 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 11 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.4.1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 12 - 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'art. 1341 e 1342 del c.c. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli Art. 2 (Obblighi dell'erogatore), Art. 3 (Limiti finanziari), Art. 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), Art. 7 (Sospensione e risoluzione), Art. 8 (Clausola di manleva), Art. 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) **STATO DI ACCREDITAMENTO**

ASL
AZIENDA COD. AZ.
SEDE

RICOVERO (Lungodegenza e/o Riabilitazione)

SEDE OPERATIVA COD. HSP11
ATTO DI ACCREDITAMENTO

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

CAVS

DATA DI ACCREDITAMENTO /AUTOCERTIFICAZIONE
P.L. CONTRATTATI 2018 - 2019

AMBULATORIO

SEDE OPERATIVA COD. STP
ATTO DI ACCREDITAMENTO
BRANCHE SPECIALISTICHE

ALLEGATO B) **DETTAGLIO PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

2018-2019 RICOVERO RESIDENTI IN REGIONE	CASI	IMPORTI
MDC		
MDC		
TOTALE RIABILITAZIONE		
TOTALE LUNGODEGENZA		
TOTALE RICOVERO		

2018-2019 AMBULATORIO RESIDENTI IN REGIONE	REGIONE	N. CASI
BRANCA SPECIALISTICA 1		
- Visite		
- Altre prestazioni cliniche		
- Diagnostica per immagine		
- Prestazioni di laboratorio		
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA 1		
NOTE BRANCA 1:		
BRANCA SPECIALISTICA 2		
- Visite		
- Altre prestazioni cliniche		
- Diagnostica per immagine		
- Prestazioni di laboratorio		
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA 2		
NOTE BRANCA 2:		
TOTALE AMBULATORIO		

2018-2019 DOMICILIARE RESIDENTI IN REGIONE	ASL	N. CASI	IMPORTO
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
TOTALE			

2018-2019 CAVS RESIDENTI IN REGIONE	ASL	N. CASI	IMPORTO
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
TOTALE			

Allegato C)

Linee di indirizzo regionali per la negoziazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, la sottoscrizione dei contratti e la valutazione della qualità della performance per le annualità 2018 e 2019.

INDICE

A.	TETTI DI SPESA / VALORI DI RIFERIMENTO PER PRESTAZIONI DA EROGARE A RESIDENTI IN REGIONE, STRANIERI, ENI E STP A CARICO DEL SSN	1
A.1.	ANNO 2018	
A.1.1.	CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEI VALORI 2018	
A.1.2.	QUANTIFICAZIONE DEI TETTI COMPLESSIVI INVALIDICABILI 2018 PER SETTING ASSISTENZIALE	
A.1.3.	ITER DI DEFINIZIONE 2018	
A.2.	ANNO 2019	
A.2.1.	CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEI VALORI 2019	
A.2.2.	QUANTIFICAZIONE DEI TETTI COMPLESSIVI INVALIDICABILI 2019 PER SETTING ASSISTENZIALE	
A.2.3.	ITER DI DEFINIZIONE 2019	
B.	TETTI DI SPESA / VALORI DI RIFERIMENTO PER PRESTAZIONI DA EROGARE A RESIDENTI IN ALTRE REGIONI	3
B.1.	CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEI VALORI	
B.2.	ITER DI DEFINIZIONE	
C.	ATTIVITÀ A CARICO DELLA REGIONE	5
D.	ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI RESIDENZA	5
E.	ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI COMPETENZA TERRITORIALE	5
F.	REGOLAZIONE DEL VALORE DELLE PRESTAZIONI A CONSUNTIVO	6
G.	INTERVENTI DI RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA	9
G.1.	PREMESSE	
G.2.	ATTIVITÀ A CARICO DELLA REGIONE	
G.3.	ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI RESIDENZA	
G.4.	ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI COMPETENZA TERRITORIALE	
H.	VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI RICOVERI	10
H.1.	PREMESSE	
H.2.	SISTEMA DI VALUTAZIONE	
H.3.	ESITI ECONOMICI DELLA VALUTAZIONE TREEMAP	
I.	IDENTIFICAZIONE DELLE MACROCATEGORIE	13
I.1.	TABELLA DRG CON LE MACROCATEGORIE PER RICOVERI IN ACUZIE	
I.2.	MACROCATEGORIE PER RICOVERI IN POSTACUZIE	
I.3.	MACROCATEGORIE PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
I.3.1.	PRESTAZIONI PROTETTE	
I.3.2.	PRESTAZIONI EX DGR N. 44-3399/2016	
L.	ESPOSIZIONE DEI DATI DI PRODUZIONE	26

PREMESSE

I tetti di spesa, complessivi e invalicabili, sono assegnati alle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL) per le prestazioni da rendere da parte del privato accreditato ai residenti nel loro ambito di competenza in base ai criteri deliberati.

I valori di riferimento per la contrattazione sono assegnati alle AASSLL di competenza territoriale per ciascun erogatore. I valori sono definiti con riferimento a quelli 2017, in base ai criteri deliberati.

I citati tetti di spesa per residenza di ASL, oltre alla spesa limite delle prestazioni complessive prodotte dagli erogatori di diritto privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.), includono le prestazioni rese a favore di STR (stranieri paesi UE/SEE/ in convenzione), ENI (europei non iscrivibili, ove applicabile) ed STP a carico del SSN (stranieri temporaneamente presenti ex circolare Ministero Salute n. 5 del 24 marzo 2000).

I tetti di spesa per residenza di ASL non includono le prestazioni di postacuzie psichiatrica, di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) e di assistenza domiciliare.

Quando i valori di riferimento dei singoli erogatori sono calcolati con riguardo alla produzione da ciascuno realizzata - salvo diversa precisazione - la stessa si intende ridotta dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione e, per gli erogatori contrattati nel 2017 in base alle nuove regole, entro il 110% dei valori di riferimento, post compensazione ricovero ambulatorio ed ante regressione.

I criteri ed il percorso identificato per determinare i valori economici e le tipologie di prestazioni da contrattare si articola tra i soggetti pubblici interessati (Regione, ASL di residenza e ASL di competenza territoriale) con le modalità di seguito declinate.

A. TETTI DI SPESA / VALORI DI RIFERIMENTO PER PRESTAZIONI DA EROGARE A RESIDENTI IN REGIONE, STRANIERI, ENI E STP A CARICO DEL SSN

A.1. ANNO 2018

A.1.1. CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEI VALORI 2018

Per gli erogatori contrattati nel 2017 in base alle vecchie regole (schema approvato con DGR n. 13-2022/2015), per ciascun setting assistenziale si assumono quali valori di riferimento 2018 i tetti di spesa 2017.

Valori di riferimento per gli erogatori contrattati nel 2017 in base alle nuove regole:

- ACUZIE uguali ai valori di riferimento 2017, eventualmente ridotti in funzione dello spostamento di setting della chirurgia ambulatoriale complessa, incrementati del 70% della maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento 2017.
- POST ACUZIE uguali ai valori di riferimento 2017.

-AMBULATORIALE (incluso P.S.) uguali ai valori di riferimento 2017, eventualmente incrementato in funzione dello spostamento di setting della chirurgia ambulatoriale complessa, incrementati del 70% della maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento 2017.

Specificità:

- a) COQ: i valori di riferimento 2018 sono posti in coerenza all'accordo 2016-2018 sottoscritto tra ASL VCO, COQ S.p.a. e Regione;
- b) Ausiliatrice: gli importi indicati per l'esercizio 2018 includono il tetto invalicabile della struttura per le attività ex art 26 come di seguito riportato.

	POST ACUZIE	AMBULATORIO
TOTALE	5.540.000	3.808.007
Valori di riferimento	3.135.227	1.531.717
Tetto invalicabile per prestazioni ex. Art. 26	2.404.773	2.276.290

A.1.2. QUANTIFICAZIONE DEI TETTI COMPLESSIVI INVALICABILI 2018 PER SETTING ASSISTENZIALE

L'applicazione dei criteri illustrati non potrà generare una spesa superiore ai seguenti importi

ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO	TOTALE
204.184.980	151.026.455	216.368.233	571.579.668

Gli importi di post acuzie e ambulatorio includono i sopra riportati tetti invalicabili relativi alle attività ex. art 26 della struttura Ausiliatrice.

A.1.3. ITER DI DEFINIZIONE 2018

1. Quantificazione dell'incremento di produzione rilevato nell'esercizio 2017, rispetto al 2016, per le prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale Complessa (CAC) nelle strutture che erogano attività di ricovero per Acuzie.
2. Rideterminazione dei Valori di Riferimento/Tetti di spesa Anno 2017 (DD n. 917 del 28 dicembre 2017), attraverso l'applicazione delle variazioni economiche (+/-) delle prestazioni CAC rilevate al p.to 1.
3. Quantificazione - fatta eccezione delle prestazioni di ricovero post acuzie - delle eccedenze di produzione 2017 complessive, remunerate rispetto ai valori complessivi di riferimento/tetti di spesa Anno 2017 rideterminati al p.to 2, e successiva declinazione delle eccedenze nelle attività di ricovero per acuzie e attività ambulatoriale (include PS).

Per le strutture sanitarie Presidio San Camillo e Presidio Major, la quantificazione delle eventuali eccedenze non tiene conto delle compensazioni applicate nell'esercizio 2017 a valere sul tetto residuo dell'assistenza domiciliare.

A.2. ANNO 2019

A.2.1. CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEI VALORI 2019

Valori di riferimento:

- ACUZIE uguali ai valori di riferimento negoziati dall'ASL nell'esercizio 2018 incrementati o diminuiti del 70% della maggiore o minore produzione entro il 110% dei valori negoziati, eventualmente riproporzionando al tetto di spesa regionale.
- POST ACUZIE uguali ai valori di riferimento negoziati dall'ASL nell'esercizio 2018 .
- AMBULATORIALE (incluso P.S.) uguali ai valori di riferimento negoziati dall'ASL nell'esercizio 2018 incrementati o diminuiti del 70% della maggiore o minore produzione entro il 105% dei valori negoziati, eventualmente riproporzionando al tetto di spesa regionale.

Specificità: per l'Ausiliatrice gli importi per l'esercizio 2019 terranno conto dei seguenti valori assegnati nell'esercizio 2018, quali tetti invalicabili vincolati per le attività ex art 26

	POST ACUZIE	AMBULATORIO	TOTALE
Tetto invalicabile per prestazioni ex. Art. 26	2.404.773	2.276.290	4.681.063

A.2.2. QUANTIFICAZIONE DEI TETTI COMPLESSIVI INVALICABILI 2019 PER SETTING ASSISTENZIALE

L'applicazione dei criteri illustrati non potrà generare una spesa superiore ai seguenti importi

ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO	TOTALE
204.184.980	151.026.455	216.368.233	571.579.668

Gli importi di post acuzie e ambulatorio includono i sopra riportati tetti invalicabili relativi alle attività ex. art 26 della struttura Ausiliatrice.

A.2.3. ITER DI DEFINIZIONE 2019

1. Ricognizione dei Valori di Riferimento 2018 negoziati dall'ASL per struttura e setting assistenziale (non include l'eventuale budget negoziato per recupero di mobilità passiva).

2. Quantificazione - fatta eccezione delle prestazioni di ricovero post acuzie - della minore e/o maggiore produzione 2018 complessiva rispetto ai valori complessivi di riferimento per l'anno 2018 di cui al p.to 1, e successiva declinazione della minore e/o maggiore produzione nelle attività di ricovero per acuzie e attività ambulatoriale.

B. TETTI DI SPESA / VALORI DI RIFERIMENTO PER PRESTAZIONI DA EROGARE A RESIDENTI IN ALTRE REGIONI

B.1.1. CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEI VALORI

ACUZIE

Anno 2018

- Valore di riferimento delle prestazioni di alta complessità 2018 = Valore delle prestazioni ad alta specialità erogate dalla struttura nel 2017.
- Tetto invalicabile di struttura per prestazioni non di alta complessità 2018 = Tetto di spesa 2016 diminuito del valore delle prestazioni ad alta complessità erogate dalla struttura nel 2017, incrementato del 50% delle eventuali eccedenze di produzione 2017 per acuzie.

Anno 2019

- Valore di riferimento delle prestazioni di alta complessità 2019 = Valore delle prestazioni ad alta specialità erogate dalla struttura nel 2018.
- Tetto invalicabile di struttura per prestazioni non di alta complessità 2018 = Tetto di spesa 2018 diminuito delle eventuali eccedenze di produzione delle prestazioni ad alta complessità che potranno essere rilevate nell'esercizio 2018 rispetto ai valori di riferimento 2018.

POST ACUZIE

Anno 2018

- Valore di riferimento delle prestazioni di alta complessità 2018 = Valore delle prestazioni ad alta specialità erogate dalla struttura nel 2017.
- Tetto invalicabile di struttura per prestazioni non di alta complessità 2018 = Tetto di spesa 2016 diminuito del valore delle prestazioni ad alta complessità erogate dalla struttura nel 2017.

Anno 2019

- Valore di riferimento delle prestazioni di alta complessità 2019 = Valore delle prestazioni ad alta specialità erogate dalla struttura nel 2018
- Tetto invalicabile di struttura per prestazioni non di alta complessità 2019 = Tetto di spesa 2016 diminuito del valore delle prestazioni ad alta complessità erogate dalla struttura nel 2018.

AMBULATORIALE

Anno 2018

- Valore di riferimento = Valore delle prestazioni erogate dalla struttura nel 2017.

Anno 2019

- Valore di riferimento = Valore delle prestazioni erogate dalla struttura nel 2018.

B.1.2. ITER DI DEFINIZIONE

1. Identificazione del budget 2016 di struttura suddiviso per setting assistenziale.
2. Quantificazione del valore delle prestazioni ad alta complessità erogate da ciascuna struttura nell'esercizio 2017 per setting assistenziale, ridotto dagli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
3. Quantificazione del valore delle prestazioni non ad alta complessità erogate da ciascuna struttura nell'esercizio 2017 per setting assistenziale, ridotto dagli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post valorizzazione.
4. Quantificazione, per le acuzie, dell'eventuale eccedenza di produzione 2017 delle prestazioni non ad alta specialità (p.3) rispetto al budget 2016 (p.to 1) ridotto dalle prestazioni ad alta specialità che sono state erogate da ciascuna struttura nel 2017 (p.to 2).
5. Quantificazione dei Valori di riferimento/Tetti invalicabili 2018 per struttura.

C. ATTIVITÀ A CARICO DELLA REGIONE

Oltre alle incombenze derivanti da quanto descritto alle precedenti lettere, la Regione:

- genera griglie informative dei valori economici di riferimento 2018, a supporto della contrattazione per ASL di residenza, che suddivida tale valore nelle componenti DRG, discipline e macrocategorie;
- avvia eventuali istruttorie al fine di valutare l'ammissibilità, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria, del bilancio consolidato del SSR, delle istanze di integrazione e/o rimodulazione dei tetti invalicabili di ASL di residenza trasmesse AASSLL.

D. ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI RESIDENZA

L'ASL di residenza ha a propria disposizione i documenti utili per l'articolazione del proprio fabbisogno per ciascuna struttura significativa:

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

Tenendo conto della produzione prevista dai presidi a gestione diretta e dalle aziende ospedaliere, le ASL di residenza analizzano il citato materiale. Questa ed altre attività di approfondimento analitico, dovranno consentire la definizione delle seguenti azioni:

1. Identificare le tipologie di fabbisogno delle prestazioni che possono essere soddisfatte dagli erogatori privati nel periodo in questione.
2. Definire la produzione aggiuntiva protetta per ciascuna struttura privata significativa articolato per DRG, disciplina, specialità e codice prestazione. L'ASL specifica per ciascun erogatore significativo (che rappresenta singolarmente $\geq 10\%$ del consumo dell'ASL di residenza) i valori e le quantità di prestazioni che devono entrare nel gruppo della produzione aggiuntiva protetta dell'ASL.

3. Trasmettere la relativa specifica all'ASL di competenza territoriale.
4. Formulare alla Regione eventuale istanza di revisione del tetto invalicabile di ASL assegnato, nel rispetto del pareggio di bilancio aziendale, con illustrazione delle analisi condotte a livello di programmazione sanitaria, degli obiettivi aziendali che si intendono perseguire.

E. ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI COMPETENZA TERRITORIALE

L'ASL di competenza territoriale che è deputata alla contrattazione, riceve dalle AASSLL di residenza interessate l'articolazione della produzione protetta delle strutture per loro significative (quelle che rappresentano singolarmente almeno il 10% del consumo).

L'ASL deve, per ciascuna struttura erogante che insiste sul proprio territorio, determinare il fabbisogno complessivo di produzione "protetta" dettagliando per ciascuna prestazione l'ASL di residenza interessata ed il relativo importo. Le prestazioni protette - quantificabili al massimo entro il 30% del valore di riferimento per ciascun setting di ciascuna struttura - se realizzate, saranno escluse dall'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione economica.

Le AASSLL con una forte mobilità passiva, hanno inoltre il compito di identificare le azioni per un recupero di questa mobilità, secondo il processo descritto nel paragrafo 6, attraverso l'utilizzo, tra l'altro, delle specifiche risorse assegnate.

A questo punto l'ASL di competenza territoriale è in grado di completare il contratto dell'erogatore rielaborando i prospetti, di tutte le ASL di residenza che hanno manifestato richieste.

Qualora l'ASL, nel rispetto dei valori complessivi di struttura, ritenga di rimodulare i valori di riferimento di alcuni erogatori, in relazione alla necessità di ridurre il ricovero in acuzie incrementando la specialistica ambulatoriale, la stessa dovrà trasmettere alla Regione la conseguente rimodulazione economica dei tetti di ASL di residenza interessati, nel rispetto dei volumi complessivi (aggregato dei setting assistenziali) di ciascuna ASL di residenza.

L'ASL, ove necessario, negozia con le strutture erogatrici di postacuzie psichiatrica e prestazioni di CAVS.

F. REGOLAZIONE DEL VALORE DELLE PRESTAZIONI A CONSUNTIVO

La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.

La procedura di regolazione economica del valore prodotto prevede il necessario scambio informatico / informativo tra la Regione, l'ASL di residenza e l'ASL di competenza territoriale.

Ai fini del riconoscimento remunerativo, la produzione di riferimento include eventuali recuperi a seguito di invii effettuati entro le tempistiche vigenti per la competenza. I valori di produzione

a base dei calcoli della regressione si assumono ridotti degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.

Di seguito, si riportano le principali attività in relazione alla valorizzazione delle prestazioni rese a residenti in Regione.

1. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
2. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
3. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzate, entro il valore complessivamente contrattato, gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.
4. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR n. . . - . . . del . . . giugno 2018 e dall'allegato C) al contratto.
5. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e post acuzie), riconoscendo eventuali eccedenze anche oltre il 105% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.
6. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta complessità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR n. (*presente atto*) . . - . . . del . . . giugno 2018, e all'allegato C) al contratto.
7. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni.
8. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 105% (specialistica ambulatoriale) ed al 110% (ricovero) dei valori di riferimento.
9. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).
10. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.
11. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

12. Sono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale da applicare complessivamente alle strutture interessate.
13. Secondo necessità, alle produzioni interessate erogate da ciascuna struttura sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR n. (presente atto) . . - . . . del . . . giugno 2018, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

14. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, 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, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.
15. Secondo la seguente successione temporale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR

RIUTILIZZO DEI RESIDUI	
ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare pro quota le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

16. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione.

Le operazioni di valorizzazione delle prestazioni rese in relazione alle clausole contrattuali si concluderanno non oltre il 15 aprile dell'anno successivo.

Con riferimento ai meccanismi di remunerazione delle prestazioni di psichiatria postacuzie, CAVS, assistenza domiciliare, e quelle in favore di residenti in altre regioni si rimanda ai criteri rappresentati nello schema di contratto.

A precisazione del percorso poc'anzi evidenziato si rappresenta che:

- le ASL cui è demandata la sottoscrizione dei contratti sono tenute ad esercitare i necessari controlli ed applicare gli eventuali ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni erogate (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, mentre, all'occorrenza, le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

G. INTERVENTI DI RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA

G.1. PREMESSE

Le iniziative di recupero della mobilità passiva richiedono la necessità di prevedere degli investimenti economico/finanziari, al T_0 , 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 interessate possano identificare le prestazioni e gli erogatori che maggiormente potrebbero essere oggetto di interventi di recupero di mobilità passiva. Il percorso è di seguito riportato.

G.2. ATTIVITÀ A CARICO DELLA REGIONE

- Identificare le ASL con una mobilità passiva maggiore e assegnare le risorse, una tantum, finalizzate agli interventi di recupero della mobilità passiva (DGR 73-5504 del 3 agosto 2017).
- Riassegnare, a seguito di un'analisi evolutiva, le risorse non utilizzate nel 2017 ed eventualmente nel 2018, identificando ulteriori AASSLL che possano beneficiare del finanziamento.

G.3. ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI RESIDENZA

- 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..
- Analisi degli erogatori regionali attuali per ciascuna DRG in modo da identificare l'erogatore in grado di poter rispondere al fabbisogno della popolazione.
- Definire il fabbisogno con ciascun erogatore in grado di agire per il recupero della mobilità passiva definendo i DRG relativi e il loro valore specifico. 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.
- 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.
- A consuntivo l'ASL effettua una verifica del consumo da parte dei residenti dell'ASL di prestazioni interessate dall'accordo, considerando anche la mobilità passiva e valutando gli effetti complessivi ottenuti dagli accordi anche in funzione dell'andamento. Sono calcolati gli scostamenti di produzione effettiva tra gli anni di riferimento e viene valutato il buon esito delle iniziative, 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 .

G.4. ATTIVITÀ A CARICO DELL'ASL DI COMPETENZA TERRITORIALE

L'ASL territoriale, deputata alla sottoscrizione del contratto, rielabora i dati dei prospetti ricevuti dalle AASSLL di residenza che hanno manifestato richieste e include prestazioni aggiuntive nella specifica sezione dell'allegato C) del contratto. Nel corso dell'esecuzione è fatta salva la sottoscrizione di particolari integrazioni contrattuali che devono essere tempestivamente comunicate alle Regione.

H. VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI RICOVERI

H.1. PREMESSE

Le prestazioni erogate dal Privato contrattato saranno oggetto di valutazione di qualità tramite gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE). Gli indicatori utilizzati saranno quelli previsti nell'ambito dei Treemap. Gli ambiti assistenziali considerati nei Treemap riguardano le seguenti 7 aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

In relazione all'attività erogata saranno vagliati i seguenti ambiti clinici, utilizzando gli indicatori di seguito riportati.

- CARDIOCIRCOLATORIO:

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

- CHIRURGIA GENERALE:

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

- CHIRURGIA ONCOLOGICA:

- intervento chirurgico per TM mammella / % di 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

H.2. SISTEMA DI VALUTAZIONE

Fatte salve eventuali modifiche per il 2019, il calcolo degli indicatori per il 2018 sarà effettuato dalla Direzione Sanità in collaborazione col Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3, utilizzando il protocollo e le soglie definite dal PNE contestualizzato a livello regionale, con esplicitazione di dettaglio della metodologia di estrazione dei dati.

A seconda dei casi, l'indicatore può essere lo standard identificato dal DM n. 70, quello derivante dalle evidenze scientifiche più aggiornate, o la media nazionale. In particolare:

- 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 sono definite le seguenti 5 classi di valutazione: molto alto, alto, medio, basso, molto basso. A ciascuna delle classi di valutazione è attribuito un punteggio variabile da 1 (qualità molto alta) a 5 (qualità molto bassa).

H.3. ESITI ECONOMICI DELLA 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 2018 valutata con quell’indicatore
- area indicata nel treemap come “molto bassa” >> riduzione del 2,5% del valore della produzione 2018 valutata con quell’indicatore

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	6-1 8	8-1 12	12-1 14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15 %	≥ 60	45-1 60	35-1 45	25-1 35	< 25
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 6	6-1 9	9-1 14	14-1 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		1-1 3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75 %	≤ 8	8-1 10	10-1 14	14-1 16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25 %	≤ 1.5		1.5-1 3.5	3.5-1 5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100 %	≤ 5	5-1 7	7-1 12	12-1 16	> 16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	≥ 80	70-1 80	60-1 70	50-1 60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	50 %	=100	80-1 100	50-1 80	30-1 50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33 %	=100	80-1 100	50-1 80	30-1 50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17 %	≤ 5	5-1 8	8-1 12	12-1 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	2-1 4	4-1 7	7-1 10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25 %	≤ 1	1-1 3	3-1 6	6-1 8	> 8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80 %	≤ 15	15-1 25	25-1 30	30-1 35	> 35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.20		0.20-1 0.70		> 0.70
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.30		0.30-1 1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	60-1 70	50-1 60	40-1 50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10 gg	< 2	2-1 4	4-1 6	6-1 8	≥ 8

I. IDENTIFICAZIONE DELLE MACROCATEGORIE

I.1. TABELLA DRG CON LE MACROCATEGORIE PER RICOVERI IN ACUZIE

Per le dimissioni sino al 31 maggio 2018 si applica la categorizzazione prevista nella tabella 4.1 dell'allegato C) alla DGR 73-5504 del 3 agosto 2017; dal 1° giugno si applica la seguente categorizzazione in coerenza alla TUC (Tariffa Unica Convenzionale interregionale 2010).

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
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

DRG	classifica
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
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

DRG	classifica
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
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 Cardioracici Con Cateterismo Cardiaco	1-ALTA
105 - Interventi Sulle Valvole Cardiache E Altri Interventi Maggiori Cardioracici Senza Cateterismo Cardiaco	1-ALTA
106 - Bypass Coronarico Con Ptca	1-ALTA
108 - Altri Interventi Cardioracici	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
142 - Sincope E Collasso Senza Cc	4_LEA
143 - Dolore Toracico	3_BASSA

DRG	classifica
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
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

DRG	classifica
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	2_MEDIA
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
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	2_MEDIA

DRG	classifica
Connettivo	
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
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

DRG	classifica
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	2_MEDIA
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
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

DRG	classifica
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
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 - Ipertrofia Prostatica Benigna Con Cc	3_BASSA
349 - Ipertrofia 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	3_BASSA

DRG	classifica
Raschiamento	
376 - Diagnosi Relative A Postparto E Postaborto Senza Intervento Chirurgico	3_BASSA
377 - Diagnosi Relative A Postparto E Postaborto Con Intervento Chirurgico	4_LEA
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 Preparto Con Complicazioni Mediche	3_BASSA
384 - Altre Diagnosi Preparto 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	2_MEDIA
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	2_MEDIA
408 - Alterazioni Mieloproliferative O Neoplasie Poco Differenziate Con Altri Interventi	2_MEDIA
409 - Radioterapia	4_LEA
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 - Setticiemia. 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
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

DRG	classifica
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
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

DRG	classifica
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
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 Vertebrale Cervicale Con Cc	1-ALTA
520 - Artrodesi Vertebrale 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	1-ALTA

DRG	classifica
Acuto. Insufficienza Cardiaca O Shock	
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	2_MEDIA
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 Verterbale 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
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	2_MEDIA

DRG	classifica
Gastrointestinale Maggiore	
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	2_MEDIA
578 - Malattie Infettive E Parassitarie Con Intervento Chirurgico	1-ALTA
579 - Infezioni Post-Operatorie O Post-Traumatiche Con Intervento Chirurgico	2_MEDIA

I.2. MACROCATEGORIE PER RICOVERI IN POSTACUZIE

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

I.3. MACROCATEGORIE PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

I.3.1. PRESTAZIONI PROTETTE

- A140 - Emodialisi (cod. 39.95)
- A146 - Prestazioni di radioterapia (cod. 92.2)
- A148 - Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche (cod. 99.25; 99.25.4; 99.25.5)
- Prestazioni di ossigenoterapia iperbarica (cod. 93.95).

Nella definizione di altre prestazioni protette le AASSLL potranno considerare anche quelle "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 DGR 27 marzo 2017, n. 17-4817.

I.3.2. PRESTAZIONI EX DGR N. 44-3399/2016

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

L. ESPOSIZIONE DEI DATI DI PRODUZIONE

L'ambiente dedicato all'esposizione dei dati di produzione per quanto attiene all'anno 2018 consiste nella piattaforma PADDI pubblicata su Sistemapiemonte alseguente indirizzo:
<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>

I prospetti per il monitoraggio risultano fruibili dalla sezione:

DWSAN - Data Warehouse Sanità >

EXTRA - Flussi dimessi e Prestazioni >

Schemi DGR n. 73-554 del 2017 e smi - Ist. Privati

I report propongono le informazioni dei flussi informativi regionali SDO e C-C2 risultando aggiornati in coerenza alle cadenze definite dal calendario pubblicato su Sistemapiemonte. Il dato mensile risulta fruibile successivamente alla data di consolidamento prevista in calendario. Di seguito si riporta il vigente calendario:

SCADENZE INVII DEI FLUSSI INFORMATIVI REGIONALI OGGETTO DI DEBITO CORRELATO AL MONITORAGGIO MENSILE ED AGLI ADEMPIMENTI DA DECRETI MINISTERO SALUTE

Flusso	Scadenza prevista nell'annualità per l'invio dei dati di competenza del mese di:												chiusura definitiva competenza annualità nell'anno successivo
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	
C - invio	05-feb	05-mar	05-apr	05-mag	05-giu	05-lug	05-ago	05-set	05-ott	05-nov	05-dic	05-gen	27-gen
C - correzione	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	5 gg lavorativi	27-gen
<i>Le eventuali correzioni sui dati già trasmessi devono pervenire entro e non oltre il consolidamento previsto dopo 7 giorni dalla data di scadenza prevista per l'invio. I dati pervenuti oltre il consolidamento sono valorizzati in extracompetenza e concorrono esclusivamente agli indici di monitoraggio annuale.</i>													
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	chiusura definitiva
C2	05-feb	05-mar	05-apr	05-mag	05-giu	05-lug	05-ago	05-set	05-ott	05-nov	05-dic	05-gen	27-gen
SDO	25-feb	25-mar	26-apr	25-mag	25-giu	25-lug	25-ago	25-set	25-ott	25-nov	25-dic	25-gen	27-gen