

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 annualita' 2018-2019.

Per mero errore materiale gli allegati B1) e C) alla Deliberazione della Giunta regionale n. 37-7057 del 14 giugno 2018 sono stati pubblicati, sul Bollettino Ufficiale n. 27 del 5 luglio 2018, in versione difforme dal testo deliberato.

Si ripubblicano qui di seguito i summenzionati allegati in modo corretto.

Allegati B1 e C

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 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 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 110% dei valori di riferimento, 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 complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.
2. I valori delle produzioni entro il 110% 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 110% 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 110% 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 ricoveri 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 INVALIDABILI 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./DR G	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDE NZA	N. PRESTA ZIONI	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/CO D.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PRODUZIONE 2017	PRODUZIONE E 2018 ATTESA *	VALORE INCREMENT O *
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 valorizzati - 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 oltre il 110% 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 110% 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	proporzionale

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 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 110% 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 specialità 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 specialità 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 oltre il 110% 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 110% 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 T₀, finalizzati ad assicurare, a regime, la cosiddetta "sostituzione del consumo degli assistiti di un'ASL di prestazioni fornite da erogatori di altre regioni con erogatori della regione". Non è quindi sufficiente un incremento di produzione dagli stessi DRG, ma si rileva la necessità che vengano condotte iniziative finalizzate a ridurre la produzione erogata da parte degli erogatori delle altre regioni, considerando - tra l'altro - l'offerta di produzione di tutti erogatori (pubblici e privati) ed il rispettivo fabbisogno di consumo appropriato degli assistiti nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio aziendale. L'indicatore di misurazione è quindi l'invarianza del tasso di consumo pro capite. Gli erogatori maggiori alla base della mobilità passiva dei cittadini del Piemonte sono ubicati in Lombardia e in Liguria, in tali regioni si stanno definendo degli accordi di scambio di dati di produzione di prestazioni sanitarie.

Per completare, lo scenario che si dovrebbe tenere in considerazione al fine di programmare e realizzare il recupero della mobilità passiva fuori regione, è necessario citare la mobilità di confine che segue il naturale movimento degli assistiti (dovuta ad esempio luoghi di lavoro, ecc.), potenzialmente non recuperabile, simile alle dinamiche osservate nelle ASL intorno alle grandi città dove gli abitanti scelgono erogatori per prestazioni ambulatoriali e di ricovero nella città di riferimento per tutti i bisogni della loro vita.

Il metodo scelto dalla Regione anche per le prestazioni di mobilità passiva è definire un quadro generale all'interno del quale le singole ASL 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	6-18	8-12	12-14	> 14
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	15 %	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 6	6-9	9-14	14-18	> 18
	By-pass Aortocoronarico: mortalita' a 30 giorni	20 %	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	15 %	≤ 1.5		1.5-4		> 4
	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	10 %	≤ 1		1-3		> 3
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	75 %	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25 %	≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	100 %	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attivita' > 90 casi	50 %	≈ 100	80-100	50-80	30-50	< 30
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	33 %	≈ 100	80-100	50-80	30-50	< 30
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	17 %	≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	17 %	≤ 0.5		0.5-3		> 3
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	8 %	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	25 %	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	80 %	≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.20		0.20-1.0		> 1.0
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	10 %	≤ 0.30		0.30-1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	90 %	≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	10 gg	< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

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 Cardiotoracici Con Cateterismo Cardiaco	1-ALTA
105 - Interventi Sulle Valvole Cardiache E Altri Interventi Maggiori Cardiotoracici Senza Cateterismo Cardiaco	1-ALTA
106 - Bypass Coronarico Con Ptca	1-ALTA
108 - Altri Interventi Cardiotoracici	1-ALTA
110 - Interventi Maggiori Sul Sistema Cardiovascolare Con Cc	1-ALTA
111 - Interventi Maggiori Sul Sistema Cardiovascolare Senza Cc	1-ALTA
113 - Amputazione Per Disturbi Circolatori Eccetto Amputazione Arto Superiore E Dita Piede	2_MEDIA
114 - Amputazione Arto Superiore E Dita Piede Per Malattie Apparato Circolatorio	2_MEDIA
117 - Revisione Del Pacemaker Cardiaco. Eccetto Sostituzione	2_MEDIA
118 - Sostituzione Di Pacemaker Cardiaco	2_MEDIA
119 - Legatura E Stripping Di Vene	4_LEA
120 - Altri Interventi Sull'Apparato Circolatorio	2_MEDIA
121 - Malattie Cardiovascolari Con Infarto Miocardico Acuto E Complicanze Maggiori. Dimessi Vivi	2_MEDIA
122 - Malattie Cardiovascolari Con Infarto Miocardico Acuto Senza Complicanze Maggiori. Dimessi Vivi	2_MEDIA
123 - Malattie Cardiovascolari Con Infarto Miocardico Acuto. Morti	2_MEDIA
124 - Malattie Cardiovascolari Eccetto Infarto Miocardico Acuto. Con Cateterismo Cardiaco E Diagnosi Complicata	2_MEDIA
125 - Malattie Cardiovascolari Eccetto Infarto Miocardico Acuto. Con Cateterismo Cardiaco E Diagnosi Non Complicata	3_BASSA
126 - Endocardite Acuta E Subacuta	2_MEDIA
127 - Insufficienza Cardiaca E Shock	2_MEDIA
128 - Tromboflebite Delle Vene Profonde	3_BASSA
129 - Arresto Cardiaco Senza Causa Apparente	2_MEDIA
130 - Malattie Vascolari Periferiche Con Cc	2_MEDIA
131 - Malattie Vascolari Periferiche Senza Cc	4_LEA
132 - Aterosclerosi Con Cc	3_BASSA
133 - Aterosclerosi Senza Cc	4_LEA
134 - Ipertensione	4_LEA
135 - Malattie Cardiache Congenite E Valvolari. Età > 17 Anni Con Cc	3_BASSA
136 - Malattie Cardiache Congenite E Valvolari. Età > 17 Anni Senza Cc	3_BASSA
137 - Malattie Cardiache Congenite E Valvolari. Età < 18 Anni	3_BASSA
138 - Aritmia E Alterazioni Della Conduzione Cardiaca Con Cc	3_BASSA
139 - Aritmia E Alterazioni Della Conduzione Cardiaca Senza Cc	4_LEA
140 - Angina Pectoris	3_BASSA
141 - Sincope E Collasso Con Cc	3_BASSA
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 - Iperptrofia Prostatica Benigna Con Cc	3_BASSA
349 - Iperptrofia Prostatica Benigna Senza Cc	4_LEA
350 - Infiammazioni Dell'Apparato Riproduttivo Maschile	3_BASSA
352 - Altre Diagnosi Relative All'Apparato Riproduttivo Maschile	4_LEA
353 - Eviscerazione Pelvica. Isterectomia Radicale E Vulvectomia Radicale	1-ALTA
354 - Interventi Su Utero E Su Annessi Per Neoplasie Maligne Non Dell'Ovaio O Degli Annessi Con Cc	2_MEDIA
355 - Interventi Su Utero E Su Annessi Per Neoplasie Maligne Non Dell'Ovaio O Degli Annessi Senza Cc	2_MEDIA
356 - Interventi Ricostruttivi Dell'Apparato Riproduttivo Femminile	3_BASSA
357 - Interventi Su Utero E Annessi Per Neoplasie Maligne Dell'Ovaio O Degli Annessi	1-ALTA
358 - Interventi Su Utero E Annessi Non Per Neoplasie Maligne Con Cc	2_MEDIA
359 - Interventi Su Utero E Annessi Non Per Neoplasie Maligne Senza Cc	3_BASSA
360 - Interventi Su Vagina. Cervice E Vulva	4_LEA
361 - Laparoscopia E Occlusione Laparotomica Delle Tube	3_BASSA
362 - Occlusione Endoscopica Delle Tube	4_LEA
363 - Dilatazione E Raschiamento. Conizzazione E Impianto Materiale Radioattivo Per Neoplasie Maligne	3_BASSA
364 - Dilatazione E Raschiamento. Conizzazione Eccetto Per Neoplasie Maligne	4_LEA
365 - Altri Interventi Sull'Apparato Riproduttivo Femminile	2_MEDIA
366 - Neoplasie Maligne Apparato Riproduttivo Femminile Con Cc	2_MEDIA
367 - Neoplasie Maligne Dell'Apparato Riproduttivo Femminile Senza Cc	3_BASSA
368 - Infezioni Dell'Apparato Riproduttivo Femminile	3_BASSA
369 - Disturbi Mestruali E Altri Disturbi Dell'Apparato Riproduttivo Femminile	4_LEA
370 - Parto Cesareo Con Cc	3_BASSA
371 - Parto Cesareo Senza Cc	3_BASSA
372 - Parto Vaginale Con Diagnosi Complicanti	3_BASSA
373 - Parto Vaginale Senza Diagnosi Complicanti	3_BASSA
374 - Parto Vaginale Con Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	3_BASSA
375 - Parto Vaginale Con Altro Intervento Eccetto Sterilizzazione E/O Dilatazione E	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 - Setticiemia Con Ventilazione Meccanica ? 96 Ore. Età > 17 Anni	1-ALTA
576 - Setticiemia 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 Ginocchio 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