



DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

- n. 1654 del 5 novembre 2007: **Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2007-09 tra la Regione Emilia-Romagna e la Associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata**
- n. 1920 del 10 dicembre 2007: **Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2007**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 novembre 2007, n. 1654

Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2007-09 tra la Regione Emilia-Romagna e la Associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il comma 8, art. 32 della Legge 449/97 secondo cui le Regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione;
- l'art. 8 bis, comma 1 del DLvo 502/92 e successive modificazioni, secondo il quale le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del richiamato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- la propria deliberazione 426/2000 con la quale questa Regione definisce i contenuti contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLvo 502/92 così come modificato con DLvo 229/99;

richiamata inoltre:

- la propria deliberazione n. 2403 del 29 novembre 2004 con la quale si approvava l'Accordo tra la Regione Emilia Romagna e AIOP e ARIS Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata per il triennio 2004-2006;

considerato che:

- l'accordo sopra richiamato aveva validità fino al 31/12/2006 sia per quanto concerne i contenuti di carattere normativo, che per i contenuti economici;
- i contenuti dei precedenti Accordi sono stati sostanzialmente

rispettati e che la produzione di prestazioni, per quantità e tipologia, riflette sostanzialmente gli indirizzi dati;

- l'assetto negoziale regionale ha consentito una sostanziale certezza della spesa per il settore ed ha aperto la strada alla stipula di contratti di fornitura aziendali che hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato;
- il quadro contrattuale è il mezzo attraverso il quale si è concretizzato il sistema di accreditamento transitorio, in attesa del completamento del processo di accreditamento istituzionale, così come attualmente disciplinato dall'art. 8-quater del DLgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni e secondo il percorso previsto dalla propria deliberazione 327/04 e in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 244/06 (Finanziaria 2007);
- si è ritenuto opportuno modificare in parte l'impianto del precedente accordo, tenendo in considerazione quanto storicamente si era venuto a consolidare nei rapporti di fornitura fra le strutture private e le Aziende Unità sanitarie locali e rafforzando il ruolo delle Aree Vaste come ambiti territoriali di committenza;

valutate compatibili con le risorse del sistema le proposte di aggiornamento economico dell'accordo, economicamente non rivalutato dall'anno 2005;

considerata la necessità di addivenire ad un accordo generale che è un punto di riferimento stabile per la previsione di spesa e fornisce certezza di regole ed omogeneità di comportamenti per tutto il territorio regionale nei rapporti con il privato accreditato;

dato atto, ai sensi dell'art. 37, comma 4 della L.R. 43/01 e successive modifiche e della propria deliberazione 450/07, del parere di regolarità amministrativa del Direttore generale Sanità e Politiche sociali, dott. Leonida Grisendi;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la proposta di accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e AIOP Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera per il triennio 2007-2009, che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

2) di demandare l'Assessore regionale alle Politiche per la salute alla sottoscrizione dell'accordo di cui trattasi.

(segue allegato fotografato)

Accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la Regione Emilia-Romagna e la associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata.

Piano dell'accordo:

Considerazioni introduttive

Premesse

PARTE I (PARTE COMUNE AI SETTORI DI ALTA SPECIALITA', NON ALTA SPECIALITA' E NEUROPSICHIATRIA)

- A.1.) Gruppi di produttori interessati al presente accordo
- A.2.) Sistema regionale degli accordi contrattuali
- A.3.) Fatturazione e pagamenti
- A.4.) Controlli
- A.5.) Commissione Paritetica
- A.6.) Incompatibilità
- A.7.) Accredитamento
- A.8.) Accordi speciali
- A.9.) Governo della mobilità
- A.10.) Day hospital
- A.11.) Percorsi ambulatoriali
- A.12.) Accesso alle strutture private accreditate
- A.13.) Provvedimenti regionali
- A.14.) Scelta del medico e/o dell'equipe a regime libero-professionale

PARTE II (PARTE SPECIFICA NON ALTA SPECIALITA')

- B.1.) Accredитamento delle strutture ospedaliere private
- B.2.) Tariffa applicabile e classificazione delle strutture di non alta specialità
- B.3.) Budget
- B.4.) La contrattazione locale
- B.5.) Riqualficazione delle attività
- B.6.) Articolazione e funzionamento dei meccanismi di budget e di penalizzazione

B.7.) Consegimento di particolari obiettivi di produzione di interesse regionale

PARTE III (PARTE SPECIFICA SALUTE MENTALE)

C.1.) Premessa

C.2.) Disciplina transitoria

C.3.) Offerta funzionale ed economica in campo psichiatrico – disciplina a regime

C.4.) Controlli e proroghe

Allegati:

1. Fac simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regionale
2. Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale
- 3.1) schema di dettaglio dei PL autorizzati, in accreditamento e del fabbisogno
- 3.2) disciplinare SPOI
- 3.3) relazione conclusiva Commissione Paritetica Salute Mentale

La Regione Emilia Romagna e l'AIOP Emilia Romagna, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private associate della Regione, di seguito individuate anche solo come "le parti", nell'intento di proseguire e sviluppare ulteriormente il quadro negoziale avviato per la prima volta nel 1996, e rinnovato con numerose innovazioni nel 2001 e nel 2004, concordano sull'opportunità di dar corso ad una nuova intesa nel quadro normativo attuale rapportata all'evoluzione in corso del sistema sanitario regionale e del quadro normativo nazionale.

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Le parti rendono atto che il quadro contrattuale attraverso il quale si è concretizzato il sistema di accreditamento provvisorio e di erogazione di prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte di soggetti privati, ha salvaguardato con efficacia il principio di programmazione e costruzione di un sistema misto pubblico-privato nell'organizzazione ed erogazione dei servizi ospedalieri, delineando un modello efficace di competizione regolata e concretizzando il principio della libera scelta del cittadino, in un quadro di sostanziale compatibilità finanziaria.

Le parti prendono atto che i contenuti del precedente Accordo Generale (2004-2006) sono stati sostanzialmente rispettati e che la produzione di prestazioni, per quantità e tipologia, rispecchia gli indirizzi dati dall'accordo generale e dagli accordi locali, e si riflette negli esiti della attività di monitoraggio esercitata dalla Commissione Paritetica Regionale, i cui lavori sono stati verbalizzati di volta in volta e sono custoditi agli atti delle singole parti.

Ciò premesso, le parti intendono formulare nel seguito alcune considerazioni di carattere generale

A 10 anni dal primo accordo, che ha segnato l'avvio di un processo di progressiva integrazione delle strutture private accreditate nel sistema sanitario regionale, è sembrato opportuno alle parti fare il punto della situazione, valutando le modifiche intervenute nel corso di questi anni nei reali rapporti fra i produttori privati e le Aziende territoriali e il ruolo del contratto regionale.

L'accordo regionale, infatti, riveste un ruolo generale di inquadramento complessivo del rapporto fra Sistema Sanitario Regionale e produttori privati, vale a dire definisce il quadro generale di regole, ma determina anche il consolidamento del ruolo produttivo delle strutture firmatarie.

In tale ottica è risultato chiaro alle parti che la forza di tale strumento di programmazione, quale di fatto si configura il presente accordo, può essere tale solo attraverso una ridefinizione del quadro storico che anche economicamente è stato nel corso di questi anni il punto di partenza degli accordi regionali.

La necessità di dare nuovo impulso al rapporto contrattuale regionale, riaffermandone il ruolo di atto programmatico che definisce i rapporti con una rilevante componente di produttori privati, precisando anche un ambito di compatibilità economica di sistema, anche in via anticipatoria, e legittimando i firmatari quali soggetti del sistema regionale, non poteva che partire dalla constatazione che, seppur in un ambito di regole definite, in sede locale, il livello di integrazione raggiunto è stato, con diverse intensità, anche maggiore di quello prospettato negli accordi regionali; l'obiettivo è stato raggiunto tramite accordi sempre più collaborativi e finalizzati alla copertura non competitiva dei bisogni e della domanda di salute, e tendendo, mediante una rifondazione del reciproco rapporto, ad un consolidamento sempre maggiore e qualitativamente più impegnativo della rete dell'offerta coordinata e coerente con gli obiettivi della programmazione regionale.

Se da un lato la capacità di esercitare il ruolo di committenza da parte delle aziende territoriali si è via via fatta più incisiva, anche attraverso il miglioramento degli strumenti di lettura del fabbisogno ed monitoraggio della produzione, dall'altro gli Ospedali Privati Accreditati sono sempre più consapevoli e riconosciuti quale componente stabile e duratura del sistema (accredimento definitivo) e sono stati sempre più coinvolti, dal lato della produzione oggetto della loro attività, come soggetti attivi partecipi dei processi di cambiamento e della costruzione dei percorsi di cura.

Quanto detto ha evidenziato pertanto la necessità di aggiornare di fatto il punto di partenza per la determinazione dei budget, con un coinvolgimento diretto delle Aziende territoriali, al fine di riflettere ciò che negli anni si è determinato attraverso gli accordi locali, riportando pertanto l'accordo regionale a punto di partenza consolidato nella definizione dei rapporti fra il Servizio Sanitario Regionale e gli ospedali privati accreditati.

Tenuto inoltre conto di quanto stabilito dall'art.1 comma 796 punto s della Finanziaria 2007 che recita:

s) a decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o

definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

e in attesa del completamento del processo di accreditamento istituzionale, così come attualmente disciplinato dall'art. 8-quater del D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, secondo il percorso previsto dalla DGR 327/2004, le parti concordano di prorogare l'attuale regolamentazione provvisoria (accreditamento transitorio) fino al completamento dei procedimenti di verifica individuali avviati dalla Regione sulla base dell'art. 1 comma 796 citato e secondo il calendario delle priorità, intendendosi rispettato il termine del 31 dicembre 2007 all'atto della presentazione della domanda da parte delle strutture ospedaliere private aderenti al presente accordo, anche nel caso in cui, per espressa menzione nelle determine di fissazione dei tempi di avvio delle procedure, si debba ritenere da parte della Regione di fissare tempi e priorità con decorrenza ulteriore e rinviata, pur nel rispetto dei tempi previsti dalla finanziaria o da successivi atti regionali.

Le parti concordano inoltre nel ritenere la presente intesa, con riferimento anche alle disposizioni di cui al comma 8 art. 32 della L. n. 449/97¹, della L. n. 448/98, della L.R. n. 34 del 12/10/1998, ed in particolare dell'art. 8 quater comma 1 del Dlgs n. 229 del 19/6/1999, lo strumento che esplicita la dichiarazione di funzionalità alle scelte della programmazione regionale delle strutture ospedaliere private accreditate, sia di alta che di non alta specialità, secondo i criteri e le modalità previste nel presente accordo e con riferimento sia all'accreditamento transitorio che a quello istituzionale (definitivo).

PREMESSE

1) L'assetto negoziale regionale/generale ha consentito una sostanziale certezza del budget di riferimento per il settore ed ha aperto la strada alla stipula di contratti di fornitura aziendali che in molti casi hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato.

2) Negli accordi si riflettono gli obiettivi di politica sanitaria, quali possono essere la rimodulazione dei servizi ospedalieri e non, i processi di revisione dei percorsi assistenziali e il progressivo miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, e ne sono al tempo stesso strumento di attuazione

¹ *Le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'art. 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'art. 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.*

3) In questa Regione quindi il raggiungimento degli obiettivi strategici del sistema sanitario è avvenuto anche con l'integrazione dell'offerta privata.

Tutto ciò considerato e premesso

SI CONVIENE

di regolamentare i rapporti ex art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e succ. mod. e int. intercorrenti tra le parti in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata sulla base delle intese negoziali di cui al presente accordo, i cui contenuti sono da ritenersi sostitutivi rispetto alla precedente disciplina pattizia.

Le statuizioni del presente accordo generale disciplinano i rapporti di fornitura delle prestazioni ospedaliere di alta specialità, di non alta specialità e di neuropsichiatria, salva diversa specifica indicazione contenuta nell'accordo stesso.

La validità del presente accordo è stabilita in anni 3 a decorrere dall'1.1.2007 per quanto attiene ai contenuti di carattere normativo, fatta salva la necessità di procedere a modifiche concordate. Le previsioni di ordine economico hanno anch'esse validità triennale, e trovano una verifica puntuale nei lavori della Commissione Paritetica.

Le considerazioni di cui all'introduzione ed alle premesse formano parte sostanziale e pattizia dei contenuti dell'intesa.

PARTE I

PARTE COMUNE AI SETTORI DI ALTA SPECIALITA', NON ALTA SPECIALITA' E NEUROPSICHIATRIA

A.1.) GRUPPI DI PRODUTTORI INTERESSATI AL PRESENTE ACCORDO

Il presente accordo individua 3 gruppi di strutture eroganti (produttori) ai quali vengono correlati i relativi budget in base alle funzioni svolte.

a.) Ospedali privati di non alta specialità:

Questo gruppo di produttori eroga prestazioni che fanno riferimento a 2 tipologie di budget: 1) prestazioni intra-AUSL, vale a dire rivolte a cittadini residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura;

2) prestazioni extra-AUSL, vale a dire erogate a cittadini non residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura. Nella parte specifica del presente accordo vengono definiti i relativi budget

b.) Strutture private che erogano prestazioni di carattere neuropsichiatrico:

Questo gruppo di produttori ha un budget complessivo, per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico, che comprende sia i cittadini residenti che non residenti nella AUSL di competenza territoriale.

c.) Ospedali privati di alta specialità:

Questo gruppo di produttori individua gli ospedali privati di alta specialità. Per questo gruppo il presente accordo regionale si applica per quanto concerne la presente parte I di carattere normativo ed eventualmente, ove espressamente previsto, la parte seconda per l'attività di non alta specialità. La definizione dei budget e dei contenuti prestazionali per l'alta specialità è oggetto di specifico accordo

L'ospedale privato "Villa Salus" (RN), che rientra nel presente accordo seguendo esclusivamente le regole e le modalità comportamentali e tariffarie ospedaliere per quanto concerne le prestazioni oggetto della presente intesa, mantiene, per un n. di PL. 15 le caratteristiche di struttura ex art. 26. Per le prestazioni di riabilitazione erogate in regime ex art.26 L.833/78, in quanto riferite a soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche, con caratteristiche di residenzialità si applica la tariffa giornaliera prevista nell'accordo regionale di settore. Per l'attività che rientra nel presente accordo, ivi comprese le eventuali prestazioni per soggetti in regime ex art.26, la struttura deve mantenere, oltre a procedere a quanto previsto per tutte le strutture per quanto concerne l'accreditamento, idoneo assetto autorizzatorio come struttura ospedaliera che eroga prestazioni di lungodegenza e riabilitazione estensiva (cod. 60), in conformità a quanto stabilito nel precedente accordo 2004/06.

A.2.) SISTEMA REGIONALE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI

Il sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, prefigurato dall'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 così come successivamente integrato e modificato, è definito nella Regione Emilia Romagna dalla deliberazione della Giunta regionale n.426/2000, la quale prevede che il contenuto contrattuale debba determinare in maniera analitica i seguenti elementi strategici:

1. gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
2. il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda USL si impegnano ad assicurare distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
3. i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
4. il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese;
5. il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi contrattuali e le procedure per il controllo esterno;

6. l'eventuale introduzione di un sistema di premio e penalizzazione tariffaria e budgetaria, anche ulteriore rispetto ai budget di cui alla presente intesa, relativo ai risultati conseguiti relativamente ad efficienza, efficacia, appropriatezza, coerenza con gli obiettivi strategici di riduzione del tasso di ospedalizzazione distribuito e diversificato per ambiti territoriali, rispetto dei budget, aderenza alla casistica concordata;
7. l'introduzione di indicatori adeguati per rendere oggettiva la misura del livello di raggiungimento degli obiettivi.

Gli accordi locali dovranno essere comunque stipulati in aderenza ai principi ed alla disciplina che promana dal presente accordo regionale. Nel caso sorgessero dubbi e posizioni contrastanti in merito all'interpretazione delle intese locali, la Regione fornirà alle parti, sulla base dell'istruttoria svolta in sede di Commissione Paritetica, gli opportuni orientamenti (conformemente a quanto stabilito nella DGR 426/2000) ispirati e fondati sulla disciplina dell'Accordo Regionale.

In considerazione del ruolo riconosciuto nell'ambito della programmazione e della integrazione dei servizi alle Aree Vaste, anche al fine di governare i flussi di mobilità in ambiti di particolare rilevanza sanitaria, si prefigurano come tipologie di accordi stabili, oltre a quello regionale e a quelli locali, anche accordi area vasta, sottoscritti congiuntamente o attraverso un'Azienda capofila.

Per tutto quanto riguarda la contrattualistica locale e/o di area vasta, si rimanda alla parte specifica del presente accordo.

A.3.) FATTURAZIONE e PAGAMENTI

A.3.1) Fatturazione

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella Regione sono **fatturate alle AUSL di provenienza del paziente**, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica al ricovero e dalla documentazione sanitaria (tesserino sanitario).

Nel caso sorgessero problematiche conseguenti alla errata determinazione della residenza del paziente fa fede la fotocopia della carta di identità o l'eventuale autocertificazione prodotta dal cittadino comprovante l'esatto domicilio ai fini dell'individuazione dell'AUSL presso la quale lo stesso è assistito. Ove tale indicazione risultasse comunque errata per cause non ascrivibili alla struttura di ricovero sarà cura dell'AUSL destinataria della fattura prendere in carico la posizione ed effettuare le opportune ricerche per appurare l'effettiva residenza. Qualora la verifica porti ad una modifica della residenza, l'Azienda ne dà comunicazione all'Ospedale Privato il quale emette nota di accredito ed emette fattura all'Azienda di residenza ed apporta le variazioni in banca dati.

Le prestazioni erogate a cittadini provenienti da fuori-Regione verranno fatturate all'AUSL di competenza territoriale dell'Ospedale Privato, con l'indicazione del codice fiscale del soggetto ricoverato e della Regione o Stato estero di provenienza, in conformità alle vigenti convenzioni internazionali.

La Regione fornisce indicazioni rispetto a quanto sancito da eventuali accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria che operino attraverso la definizione di tetti e/o di committenza specifica; tali indicazioni, per essere vincolanti, dovranno essere fornite entro il primo trimestre dell'esercizio di competenza e comunque preventivamente all'operatività degli accordi in essere (per l'esercizio 2007 tale termine è prorogato al 30 settembre). La parte privata, nella fase di negoziazione tra le regioni, sarà consultata ed informata sui contenuti della trattativa e potrà formulare proposte circa i contenuti prestazionali ed il meccanismo di funzionamento dei tetti.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN, né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, verranno comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel budget.

Il volume di fatturato relativo ai residenti fuori regione non viene conteggiato nel budget, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna, fatti salvi i controlli previsti da parte dell'AUSL di competenza territoriale.

La Regione si riserva il recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle regioni di residenza dei cittadini, informando le strutture private interessate sui casi e garantendo il coinvolgimento delle stesse nelle procedure di definizione delle contestazioni

A.3.2) Pagamenti

Le prestazioni a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura privata e a cittadini residenti fuori regione o stranieri, fatturate in modo separato, verranno pagate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento della relativa fattura.

Le prestazioni a cittadini residenti in altre AUSL della Regione, fatturate separatamente alle stesse AUSL di provenienza, saranno pagate dalla AUSL di provenienza del cittadino nello stesso termine sopra stabilito.

Alla scadenza dei 90 gg dalla data di emissione ed in coincidenza con la successiva erogazione periodica del finanziamento alle Aziende USL, la Regione si impegna a verificare con l'AUSL di competenza territoriale gli eventuale mancati pagamenti.

A.3.3) Factoring

E' in facoltà delle strutture sanitarie interessate, che comunque intrattengono rapporti con le Aziende USL o Ospedaliere (*accreditamento, convenzioni, appalti per fornitura di servizi, contratti sperimentali, prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, ecc.*) attivare nei confronti delle Aziende le normali formule di finanziamento e anticipo commerciale (factoring, cessione di credito, delega all'incasso, cessione in monte dei crediti futuri ecc.) per fatture relative a cittadini sia della regione Emilia – Romagna che fuori regione e per fronteggiare gli eventuali ritardi nel pagamento delle partite scadute o da scadere.

L'istituto del factoring e la conseguente necessità che gli importi siano riconosciuti dal debitore non inficia la possibilità che gli ammontari possano nel tempo variare (criterio della "non definitività") in funzione all'esito di eventuali contenziosi (sia di tipo amministrativo – ex.: esattezza anagrafiche – sia sostanziale) o rispetto al superamento di tetti per accordi con le AUSL e con la Regione o per intese tra Regioni; in tali casi la struttura cedente si fa garante per il riaccredito degli importi variati, appena divenuti definitivi, o al cessionario o al debitore.

In caso di ritardo nel pagamento superiore ai 30 gg rispetto alla scadenza dei 90 gg previsti, si stabilisce che le strutture interessate potranno attivare l'istituto del factoring "pro-soluto" (factoring senza rivalsa, anche secondo la tipologia della cessione in monte dei crediti futuri), mediante il quale il credito verso l'AUSL viene irrevocabilmente ceduto ad un istituto finanziario in modo definitivo e con garanzia del pagamento a carico del debitore; le commissioni dovute all'istituto e gli interessi decorrenti dalla scadenza del termine di pagamento sono a carico del debitore e dovranno essere pagate al factor a maggiorazione del credito o separatamente, secondo le modalità contrattualmente stabilite.

L'istituto finanziario potrà essere prescelto dal debitore ed il nominativo dovrà essere comunicato almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento; in tal caso le condizioni contrattuali del rapporto di cessione del credito dovranno salvaguardare il principio della totale assenza di oneri finanziari e per commissioni a carico del cedente e rispettare le modalità concordate al presente paragrafo.

In mancanza della indicata designazione da parte del debitore, nonché in caso di sua inerzia, l' Ospedale Privato Accreditato potrà scegliere un istituto di suo gradimento e le condizioni contrattuali praticate dovranno ritenersi accettate dalla controparte, impegnandosi al contempo il creditore a ricercare un assetto degli oneri addossabili al debitore vantaggioso e sostenibile, comunque non lontano dalla media dei prezzi di mercato per cessioni di credito "pro-soluto" verso la P.A.

Quanto concordato al presente paragrafo costituisce variazione, per quanto di ragione e rispetto alle parti firmatarie del presente Accordo, dell'intesa regionale stipulata nel 1992 ai sensi della L.R. n. 38 del 5.5.1990 e recepita con DGR n. 6189 del 15.12.1992.

A.4.) CONTROLLI

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli ispettivi sulle prestazioni erogate, l'esito degli stessi derivante dalla definizione della controversia formalizzata con le consuete modalità in sede locale (acquiescenza, transazione o devoluzione al collegio arbitrale) dovrà essere regolarizzato contabilmente con l'apposita nota di accredito (una per ognuna delle tre casistiche sopra descritte), inviata all'AUSL competente per effettuare i necessari conguagli. Le conseguenze economiche che promanano dall'esito dei controlli verranno regolarizzate nei confronti dell'AUSL di assistenza del paziente se residente in regione o dell'AUSL di competenza territoriale della struttura, se residente extra regione .

A.4.1) Controlli per prestazioni di non alta specialità

I controlli per prestazioni di non alta specialità dovranno essere effettuati con periodicità almeno trimestrale, onde permettere alle strutture una operatività contabile garantita da sufficienti margini di certezza.

Mentre per le prestazioni intra-AUSL i controlli sono svolti dalla Azienda di competenza territoriale, per le prestazioni extra- AUSL potranno essere svolti sia da questa che dalla Azienda USL destinataria delle fatture, previo accordo tra le medesime, onde evitare un raddoppio delle attività e l'utilizzo di criteri ed indirizzi interpretativi differenti.

Si ritiene opportuno altresì che l'attività di controllo sia concentrata in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata ed alla presenza di un contraddittorio medico idoneo.

Deve essere garantito il rispetto della normativa sulla privacy.

Sono applicati i criteri e le modalità stabilite dagli atti regionali in materia di controlli, secondo il principio dell'equità e della parità tra strutture pubbliche e private.

A.4.2) Controlli per prestazioni di alta specialità

Le prestazioni di alta specialità di cardiocirurgia e di cardiologia interventiva rientrano nell'attività di audit clinico svolta dall'Agenzia Sanitaria Regionale. A tale attività può affiancarsi quella dei normali controlli messi in atto dalle Aziende, qualora queste lo ritenessero opportuno; in tal caso le aziende inoltreranno i risultati all'Agenzia perchè provveda in merito in coerenza con i criteri adottati dalla stessa per la generalità dei produttori del settore. Saranno svolti secondo le modalità procedurali previste dall'istituto dell'accreditamento volontario e secondo i criteri, ove compatibili, di cui al punto precedente. Per le restanti attività rientranti nell'accordo di alta specialità valgono le regole di cui al punto A.4.1. L'esito dei controlli deve essere inoltrato alle strutture ospedaliere controllate e validato dalla regione in quanto committente. Per tutte le attività di controllo riguardanti l'accordo di alta specialità, di cui resta titolare la Regione

nella sua qualità di committente, l'Agenzia può delegare alle Aziende di competenza territoriale delle strutture che operano su mandato specifico.

A.4.3) Tempistica dei controlli

Coerentemente a quanto stabilito nelle indicazioni regionali circa i tempi di esecuzione dei controlli e di componimento delle contestazioni in relazione alla mobilità ospedaliera tra Aziende Sanitarie della regione, i servizi preposti delle singole AUSL dovranno inderogabilmente portare a compimento i controlli sui ricoveri effettuati dagli ospedali privati entro **45** giorni dalla validazione delle relative SDO operata dalla Regione, così come le relative controdeduzioni dovranno essere prodotte entro i successivi 60 giorni.

A.4.4) Clausola arbitrale

Il sistema di controllo organizzato dalle AUSL sulla base delle indicazioni di codifica emanate dal Gruppo Regionale per il Controllo di Qualità della Codifica della SDO di cui alla determina del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 009817 dell'11 luglio 2005, finalizzate a prevenire e segnalare gli eventuali effetti distorsivi dell'applicazione del nuovo sistema tariffario, deve essere orientato, in primo luogo, a fornire un servizio di collaborazione e supporto alle strutture, al fine di garantire, al contempo, la prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli operatori e la salvaguardia dei livelli di qualità assistenziale.

Qualora l'attività di controllo dovesse rilevare contestazioni alle strutture interessate, con conseguenze sull'attività in accreditamento derivanti da una diversa valorizzazione dei casi trattati o incidenti, in termini di appropriatezza dei ricoveri e di congruità delle risorse sulla corretta osservanza delle regole di scambio, o, comunque, suscettibili di concretizzare un danno economico per l'una o l'altra parte, la controversia eventualmente insorta verrà devoluta su iniziativa di anche una sola delle parti, ad una commissione arbitrale insediata a livello di ogni Azienda USL composto da 5 membri, nominati, i primi quattro, due per ciascuno, dalle parti (Ospedale Privato Accreditato e AUSL), ed il quinto dai primi quattro all'unanimità; la nomina del 5° membro, in caso di disaccordo dei primi quattro, è effettuata dall'Assessore Regionale alla Sanità all'interno di una rosa di tre nominativi proposti dalla Commissione Paritetica e prescelti tra esperti non contigui per motivi professionali o di servizio alle parti in causa.

L'insediamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla decisione di voler attivare la commissione arbitrale, con proroga di 10 giorni per la nomina del quinto arbitro, e dovrà emettere la propria decisione entro due mesi dall'insediamento. Gli arbitri decideranno quali amichevoli compositori ispirandosi alle norme ed alle direttive regionali e nazionali in materia di accreditamento, di tariffe a DRG e di controlli e, ove non possibile, secondo equità; alla loro decisione le parti dovranno attenersi in modo vincolante.

Tale clausola è operativa anche in ordine a contestazioni già insorte o comunque relative a ricoveri precedenti. La Commissione opererà in coerenza con quanto

stabilito dal livello regionale e nazionale in materia di controlli sulle attività di ricovero e compilazione della scheda nosologica e secondo criteri di parità e di equità tra pubblico e privato accreditato.

A.5.) COMMISSIONE PARITETICA

Come già previsto dagli accordi generali precedenti, è istituita una Commissione Paritetica AIOP/Regione alla quale è attribuito il compito di monitorare l'andamento finanziario del presente accordo, nonché le sue modalità applicative, e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie e da recepirsi nei successivi accordi.

La ommissione è composta da n. 4 membri, 2 designati congiuntamente dalle Associazioni private firmatarie del presente accordo e 2 nominati dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, di cui 1 è individuato nel responsabile del Servizio Presidi ospedalieri, il quale ha anche compito di coordinare la Commissione. Delle riunioni viene redatto verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

L'AIOP si impegna a fornire trimestralmente alla Commissione paritetica ed alla Regione i dati relativi al fatturato delle strutture aderenti dettagliati secondo quanto concordato. La Commissione paritetica, sulla base delle verifiche e del confronto con i dati risultanti dal sistema informativo regionale, approva i rendiconti infrannuali e i consuntivi annuali. A seguito dell'approvazione la Regione trasmette i dati alle Aziende Sanitarie.

La Commissione Paritetica è investita della facoltà di emanare indirizzi vincolanti circa la disciplina dell'accordo regionale, di quelli locali e di quelli di area vasta e di pervenire, in funzione del raggiungimento di obiettivi concordati nella presente intesa, ad un assetto di penalizzazione che tenga conto del livello qualitativo delle strutture.

A.6.) INCOMPATIBILITÀ

Si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, del personale convenzionato e del personale universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, a prestare la propria attività nei confronti delle strutture accreditate.

E' vietato pertanto per dette strutture avere nel proprio organico, in qualità di consulente o di prestatore d'opera, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria e non, a qualsiasi titolo espletata presso la struttura accreditata da personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, personale convenzionato e personale universitario integrato, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Per quanto concerne personale medico con il quale le Aziende sanitarie intrattengono rapporti con contratti libero professionali, le Aziende valutano in merito alla tipologia di attività e all'impegno temporale richiesto la necessità di definire all'interno del contratto la clausola della esclusività del rapporto con l'Azienda stessa, anche in considerazione dei possibili conflitti di interesse che possono determinarsi fra l'opera professionale richiesta e altre attività presso strutture private accreditate. È pertanto necessario prevedere all'interno dei contratti la caratteristica del medesimo (se deve intendersi esclusivo con l'Azienda pubblica o se sia compatibile con lo svolgimento di attività professionali presso altri soggetti).

Sono fatti salvi eventuali specifici accordi intervenuti in merito tra gli enti pubblici preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie (Aziende Sanitarie e Università, quest'ultima per la specifica funzione didattica e comunque nel rispetto del Protocollo d'intesa Regione-Università) e le strutture private accreditate interessate, per attività svolte nell'ambito di programmi aziendali, con particolare riferimento agli aspetti di continuità assistenziale, nel rispetto della normativa vigente. È responsabilità della parte pubblica acquisire, per attivare programmi che prevedono il coinvolgimento di strutture e personale pubblico e privato in modo stabile e organizzato, il parere preventivo della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Quanto sopra è legittimamente applicabile fatti salvi i casi in cui i sanitari interessati, con apposita autocertificazione rilasciata alle strutture, a disposizione delle Aziende USSL e della Regione, ai sensi del D.Lgs.403/98 e successivi concernenti la semplificazione amministrativa, abbiano attestato regolarmente la sussistenza della propria compatibilità ad operare presso istituti accreditati.

A.7.) ACCREDITAMENTO

Le strutture firmatarie il presente accordo risultano attualmente transitoriamente accreditate, per struttura e per le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali esercitate in autorizzazione, ai sensi della L. 724/94 art. 6 comma 6 e ne viene dichiarata, mediante la delibera regionale di recepimento, la funzionalità alle scelte di programmazione regionale di cui all'art. 12 , c.2, della LR n. 34/98 ed all'art. 8 quater , comma 1. del DLgs 502/1992.

Gli OO.PP. Cardinal Ferrari (PR), Santa Viola (BO) e Villa Regina (BO) sono accreditati con provvedimento regionale specifico in tempi e modalità diversi tra loro, ai sensi dell'art.8 quater, comma 1, del d.lgs 502/92 e successive modificazioni .

Le quattro strutture aderenti all'accordo di alta specialità sono al momento già accreditate definitivamente per le funzioni di alta specialità e transitoriamente per le restanti discipline.

In ottemperanza a quanto previsto dalla Legge finanziaria 2007 tutte le strutture aderenti al presente accordo, comprese le strutture di alta specialità per le quali la Parte A del presente accordo risulta vincolante, sono chiamate, alla luce della DGR 327/2004, alla verifica per giungere all'accreditamento definitivo entro il 31/12/2007, ad eccezione delle strutture psichiatriche che, in considerazione dei

cambiamenti previsti nell'ambito del ruolo svolto nell'offerta di servizi psichiatrici, per i quali si rimanda alla parte specifica, verranno accreditate provvisoriamente in attesa di definire in maniera specifica i singoli ambiti per struttura.

Le strutture ospedaliere private di alta e non alta specialità aderenti al presente accordo al termine del percorso di cui al precedente capoverso, saranno accreditate, compatibilmente all'esito del percorso di accreditamento, per tutte le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali autorizzate, nelle quantità coerenti, in relazione all'attività ospedaliera, con la programmazione regionale entro i limiti di dotazione complessivi fissati tra le regioni e il Ministero della Salute.

L'effetto della applicazione dei limiti di cui sopra potrà dar luogo, secondo la Regione, ad accreditamenti per un numero di posti letto inferiore rispetto a quello autorizzato, mentre su tale ricaduta AIOP sostiene che il modello di accreditamento per struttura sia comunque compatibile con il rispetto dei limiti di cui trattasi.

A.7.1.) DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE DELL'ACCORDO REGIONALE 2007-2009

L'accreditamento per gli anni 2007 e seguenti opererà a condizione che la struttura interessata sottoscriva la dichiarazione apposita, conforme al modello **allegato sub 1)**, tramite la quale ogni erogatore attesterà di condividere anche sul piano negoziale i contenuti della presente intesa e di accettare la remunerazione tariffaria contrattualmente vigente tempo per tempo.

A.8.) ACCORDI SPECIALI

La Regione e/o le Aziende sanitarie pubbliche potranno avviare specifiche trattative, con la partecipazione dell'AIOP, con singoli ospedali privati per regolare i reciproci rapporti e per rispondere a specifiche esigenze (progetti speciali). Qualora tali nuovi ed aggiuntivi accordi dovessero comportare un incremento del valore della produzione, il relativo carico finanziario potrà essere previsto con la dotazione di risorse aggiuntive rispetto al budget concordato; tali risorse non dovranno essere considerate al fine del calcolo delle penalità.

Tutto quanto suddetto prestando attenzione ai contenuti di cui al successivo punto B.4.1.) al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni.

A.9.) GOVERNO DELLA MOBILITA'

Le parti private si impegnano a porre in essere le condizioni affinché si possa pervenire, come obiettivo generale, ad un recupero della mobilità passiva extra-regionale, utilizzando le opportune tecniche di circolazione dell'informazione relativa al proprio panorama produttivo e tecnologico ed al livello di comfort ambientale offerto.

Qualora si verifichi un recupero di mobilità passiva extra regionale, questo si rifletterà economicamente sui budget dei settori interessati. Poiché non è materialmente possibile calcolare quanta parte dell'eventuale recupero sia da

addossare al settore privato o pubblico, si stabilisce che al privato sia forfettariamente attribuita una quota dell'eventuale recupero finanziario, registratosi rispetto all'anno precedente, pari alla percentuale di attività svolta dalle strutture sanitarie private, misurata come numero di ricoveri per alta e non alta specialità e come numero giornate di degenza per la psichiatria, a favore di cittadini residenti in Emilia Romagna sul totale delle attività svolte a carico del SSN dal complesso delle strutture regionali. Tale percentuale deve essere calcolata separatamente per le strutture di alta e non alta specialità e neuropsichiatria in relazione alle specifiche attività svolte.

Sulla base delle risultanze che saranno comunicate dall'Assessorato Regionale alla Sanità in esito alle informazioni sulla mobilità interregionale (presumibilmente a luglio/agosto di ogni anno rispetto all'anno precedente), si procederà all'integrazione dei volumi contrattati tenendo conto degli eventuali recuperi ed incrementando proporzionalmente i singoli budget. Tale integrazione riguarderà il budget dell'anno in corso di validità e verrà commisurato ai singoli ambiti territoriali in sede di Commissione paritetica e successivamente comunicata alle AUSL.

La eventuale quota di budget legata al recupero di mobilità non viene storicizzata; il parametro di riferimento adottato per il primo anno del triennio di validità dell'accordo rimane fisso per tutti i tre anni e rispetto ad esso dovrà essere calcolato l'eventuale recupero.

Per quanto concerne il fenomeno della mobilità attiva extra regionale, che negli ultimi anni ha avuto un incremento estremamente accentuato e che è stato oggetto di grande attenzione anche a livello nazionale, la Regione mette in essere, anche attraverso accordi bilaterali, strumenti di governo con il fine, fra gli altri, di non incentivare in particolare la mobilità legata a prestazioni da considerarsi proprie dell'area dell'autosufficienza territoriale. Tali accordi non potranno avere valore retroattivo, avranno come base i volumi storici di produzione e dovranno essere conclusi previa consultazione con le parti private firmatarie la presente intesa. Le strutture firmatarie il presente accordo si impegnano a non incentivare attraverso i loro professionisti, meccanismi negoziali fra strutture di diverse regioni al fine di alimentare l'espansione della mobilità interregionale.

Il governo della mobilità e la responsabilizzazione delle strutture non deve riguardare esclusivamente il fenomeno in termini extra regionali.

L'incremento del fenomeno della mobilità fra aziende USL regionali verificatosi negli anni precedenti, che porta con sé l'incremento del budget extra ausl, rende manifesta la necessità di adottare strumenti di governo complessivi del fenomeno.

Le parti concordano che gli ospedali privati accreditati (OPA) debbano porre in essere un impegno, anche verso i propri professionisti, a non alimentare la mobilità territoriale, in particolare per prestazioni riguardanti l'autosufficienza.

La sottoscrizione di accordi extra ausl e di area vasta deve avere come obiettivo anche quello di governare i flussi dei pazienti per le varie specialità. La sottoscrizione di accordi economici extra ausl o di area vasta non può pertanto ribaltarsi negativamente, dal punto di vista economico, per quanto riguarda il budget extra ausl, sulle aziende con le quali non viene sottoscritto alcun accordo.

Con il presente accordo, anche al fine di rendere più agevole la sottoscrizione di accordi di area vasta, come sarà meglio specificato nella seconda parte, si precisa

che la conclusione di tali intese comporta la possibilità di utilizzare un incremento maggiore di budget rispetto allo storico.

A.10.) DAY HOSPITAL

Le riconversioni di posti letto di degenza ordinaria a day hospital non configurano le situazioni di cui al punto 1.H della DGR 327/2004, ma rientrano negli “eventi diversi” previsti nel medesimo punto e necessitano perciò di semplice comunicazione con eventuale presa d’atto da parte dell’autorità competente.

Orientativamente il 10% dei PL autorizzati di ogni struttura potranno essere adibiti alla funzione di DH e tutti, salvo i DH già autorizzati in precedenza, dovranno trovare origine da una trasformazione dell’esistente in termini di PL ordinari.

La regolamentazione interna concernente l’organizzazione del DH potrà essere ispirata al cosiddetto “modello dipartimentale” (modello organizzativo di tipo trasversale che comprende più unità funzionali).

A.11.) PERCORSI AMBULATORIALI

In virtù dei cambiamenti organizzativi e dell’allocazione di un numero sempre più elevato di prestazioni in livelli erogativi più appropriati, il budget di cui al presente accordo può essere utilizzato anche per l’erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale.

Rientrano nel budget tutte quelle prestazioni che, in base a valutazioni di appropriatezza, avranno una indicazione all’erogazione a livello ambulatoriale come livello maggiormente adeguato della degenza, e che trovano un’esplicitazione, consensuale e concordata di tale passaggio all’interno degli accordi locali anche in un riconoscimento tariffario specifico e nell’utilizzo del flusso informativo ASA, in sostituzione della SDO.

In virtù di come è stato costruito il budget 1 e degli accordi locali storicamente intercorsi, nonché dei fabbisogni espressi dalla committenza, quote di budget, anche diversificate tra le diverse Aziende, possono essere dedicate a prestazioni ambulatoriali, con particolare riferimento a quelle critiche in termini di lista d’attesa o di mobilità passiva, soprattutto se già oggetto di precedenti accordi. Si rimanda alla contrattazione locale la definizione dei livelli di budget da trasformare da ricovero ad ambulatoriale

A.12.) ACCESSO ALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E CONFORTO ALBERGHIERO

L’accesso alle strutture private accreditate è pienamente libero, senza vincoli di natura autorizzatoria, sulla base della semplice prescrizione medica.

Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti in proprio o ristorati dalle compagnie di assicurazione, senza pregiudizio per l’attività assistenziale riferita al SSN. Tale quota di fatturato non potrà generare limitazioni

di sorta, né riversarsi sul budget pubblico di competenza anche ai soli fini statistici.

Il limite di budget concordato non può essere utilizzato quale strumento per discriminare il ricovero dei pazienti e tanto meno per effettuare pressioni al ricovero verso le Aziende USL di residenza. I meccanismi legati alla remunerazione ed alle penalità non devono in nessun caso essere oggetto di trattativa con i pazienti stessi al fine di facilitarne o meno l'accesso. I meccanismi di applicazione economica degli accordi regionali e locali sono conosciuti dalle strutture al momento dell'adesione agli accordi stessi e pertanto non possono essere utilizzati quale sistema di "blocco" dei ricoveri. Le strutture, conoscendo il budget, con l'eccezione degli invii diretti da parte di struttura pubblica che comunque vengono salvaguardati, devono gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di una attività in riferimento alla carenza di budget. L'eventuale verificarsi di tali comportamenti che vengano segnalati e comprovati da cittadini o da Aziende USL, può essere sanzionato, su decisione della Commissione paritetica, anche prevedendo meccanismi penalizzanti individuali.

Qualora la programmazione dei ricoveri, effettuata in coerenza con le risorse assegnate, dovesse determinare l'insorgenza di liste di attesa, occorrerà definire criteri di gestione delle stesse rispettosi della disciplina disposta a livello regionale e dei correlati criteri di priorità nella soddisfazione della domanda.

A.12.2) Differenza per conforto alberghiero

La remunerazione per differenze di conforto alberghiero di ogni tipo pagata direttamente dal ricoverato resta completamente liberalizzata e riservata alla insindacabile decisione dell'amministrazione di ogni struttura privata, con obblighi di trasparenza, pubblicità delle tariffe e corretta comunicazione. L'opzione per il trattamento alberghiero non deve avere alcuna incidenza sui tempi e sulle possibilità di ricovero.

A.13.) PROVVEDIMENTI REGIONALI

La Regione si impegna a garantire l'uniforme applicazione a livello regionale dei criteri e delle modalità di svolgimento dei rapporti concordati e a tenere in conto quanto previsto nel presente protocollo d'intesa nell'adozione di provvedimenti che abbiano riflessi sul presente accordo, compresa la materia tariffaria.

A.14.) SCELTA DEL MEDICO E/O DELL'EQUIPE A REGIME LIBERO PROFESSIONALE

In materia di attività libero professionale esercitata all'interno di strutture private e con riferimento a prestazioni in accreditamento, vi è tra le parti una diversa posizione circa la possibilità, stante l'attuale legislazione, di poter estendere analogicamente alle strutture private la stessa disciplina già prevista per le strutture pubbliche.

In particolare, la Regione Emilia-Romagna ritiene che tale disciplina sia vigente per i professionisti dipendenti del S.S.N., mentre l'AIOP ritiene che una disciplina consimile sia applicabile per analogia anche ai propri medici strutturati e non strutturati, e di conseguenza alle prestazioni rese in accreditamento.

Si concorda pertanto di attendere in relazione a tale questione l'esito dei chiarimenti che dovranno essere emanati dal Ministero della Sanità.

In caso di esito favorevole alla possibilità di attivazione, la relativa disciplina potrà essere concordata secondo i contenuti già oggetto di confronto nel corso della presente trattativa.

PARTE II

PARTE SPECIFICA NON ALTA SPECIALITÀ

B.1.) ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PRIVATE

La presente intesa, unitamente al sistema degli accordi locali previsto dalla DGR 426/2000, integra in capo ai soggetti accreditati, transitoriamente, provvisoriamente o definitivamente, la facoltà di erogare prestazioni sanitarie ospedaliere ed ambulatoriali con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, secondo modalità di accesso definite dalla vigente normativa.

Le prestazioni vengono erogate nell'ambito di un sistema di risorse prefissate (budget) e secondo accordi che determinano i volumi e i contenuti della committenza, in linea con quanto definito nel presente accordo regionale.

B.2.) TARIFFA APPLICABILE E CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE DI NON ALTA SPECIALITÀ

Alla produzione ospedaliera privata si applicano le tariffe massime stabilite, in materia di non alta specialità, dai vigenti provvedimenti regionali, con riferimento alla fascia B. Le variazioni o le modifiche che verranno apportate nel corso di validità del presente accordo dovranno auspicabilmente presentare una congruenza con quanto qui definito in termini di budget, in quanto l'assetto tariffario è da considerarsi condizione essenziale del buon funzionamento dell'intesa.

In caso contrario si procederà ad una revisione degli accordi in essere, essendo l'assetto tariffario, per la parte privata, condizione determinante per l'accettazione dell'intesa.

B.3.) BUDGET

L'attività ospedaliera in accreditamento degli ospedali privati eroganti prestazioni di non alta specialità dà luogo alla definizione di 2 budget con appositi meccanismi di riduzione economica delle eventuali prestazioni erogate oltre il tetto economico del suddetto budget, nonché di un budget di settore, che comprende l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica:

- A) Prestazioni intra-AUSL:** erogate dagli Ospedali Privati a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (*budget 1*), non comprende l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico;
- B) Prestazioni extra-AUSL:** erogate dagli Ospedali Privati a cittadini non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (*budget 2*) non comprende l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico;
- C) Prestazioni intra ed extra AUSL:** erogate dagli Ospedali Privati per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico sia a cittadini residenti che non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (*budget 3* - vedasi in seguito parte specifica)

Le parti prendono atto che tale ripartizione della spesa ha reso praticabili varie soluzioni di collaborazione tra Aziende USL e gli ospedali privati, attraverso la definizione di accordi locali attuativi della programmazione e degli indirizzi produttivi adottati in ogni realtà aziendale.

L'attuale produzione del comparto privato ospedaliero di non alta specialità, anche in forza di dette intese locali ed in seguito ad ampie riconversioni dei reparti secondo i criteri stabiliti dalla programmazione regionale (attivazione della lungodegenza, istituzione generalizzata dei DH, riconversione delle medicine e delle chirurgie a funzioni carenti in ambito locale) è da considerarsi in linea con gli orientamenti vigenti e con le esigenze emerse in ogni Azienda, a seguito dell'impegno alla trasformazione del sistema regionale attivato in questi anni.

Il budget complessivo di seguito concordato è da ritenersi congruo in relazione all'attività erogata, e che si prevede di erogare, rispetto ai fabbisogni rilevati e compatibile con le risorse del sistema.

In coerenza con quanto esposto in premessa circa la necessità di ricondurre la presente intesa ad un assetto più avanzato e più consono rispetto alle mutate esigenze del sistema, al maggior livello di integrazione tra pubblico e privato, al riconoscimento di una maggiore capacità di alcuni soggetti in termini di risposta alle esigenze di cambiamento e di produzione integrata, e tenendo conto della comune volontà di dare nuovo impulso agli accordi di sistema, i budget di riferimento ed i limiti individuali di produzione sono costruiti tenendo conto:

- a) della spesa consolidata in capo alle Aziende su progetti speciali, anche riferiti ad attività ambulatoriali, connotati da stabilità nel tempo e per questo ricondotti, su indicazione delle stesse AUSL, a far parte della base budgettaria storicizzata e riconosciuta;
- b) in sede locale ed extra aziendale (*budget 1, 2*) della fascia di oscillazione che, in conformità a quanto previsto nel precedente accordo, è stata effettivamente utilizzata in sede locale e dei fondi di abbattimento regionale delle penalità che a partire dal corrente anno sono incorporati nella base budgettaria;
- c) di limiti individuali non più ancorati ad una spesa storica lontana nel tempo ma commisurati alla capacità produttiva individuale consolidata nell'ultimo periodo;

- d) della necessità di ancorare la produzione extra aziendale ad obiettivi negoziali condivisi non solo verso le aziende con fatturati di riferimento rilevanti ma in funzione di un'ottica territoriale di area vasta.

Pertanto il budget 1, derivante dalla sommatoria di tutti i budget aziendali, sotto indicato è costruito tenendo in considerazione, oltre ai budget storici indicati nell'accordo per gli anni 2004-2006, parte dei fabbisogni aziendali che nel tempo si sono consolidati al di fuori di quanto previsto dall'accordo regionale, prendendo come punto di riferimento i valori dell'anno 2006, la fascia di oscillazione prevista dal precedente accordo (5%) o la percentuale effettivamente riconosciuta negli accordi locali, i fondi regionali di abbattimento delle penalità. A tale base di riferimento viene aggiunta la quota di adeguamento 2007 pari al 4%.

Il budget 2 è pari al budget di cui all'accordo precedente, più la fascia di oscillazione del 5%, più la quota di fondo regionale di abbattimento delle penalità prevista al punto B.7 dell'accordo precedente attribuita al budget 2; tale base, per l'anno 2007 viene incrementata del 3% in via automatica e del 5% qualora vengano sottoscritti accordi di area vasta. Tenuto conto dei tempi di conclusione del presente accordo, protrattisi nell'anno 2007, la Regione prende atto della disponibilità dimostrata dalla parte privata rispetto all'eventualità di pervenire a dette intese, formula l'auspicio che comunque si proceda alla preparazione dei contenuti contrattuali e riconosce come dovuto per il corrente anno l'adeguamento del 5%.

Per l'anno 2008 la quota di incremento del 5% per il budget 2 verrà mantenuta nella base di calcolo dell'ulteriore incremento previsto per tale anno solo qualora vengano siglati gli accordi di area vasta o sia accertata la disponibilità degli ospedali privati coinvolti a concluderli; in caso di mancato accordo il valore del budget verrà ricalcolato riportando la percentuale di incremento del 2007 al 3%.

Si concorda fin da ora che entrambi i budget verranno adeguati del 3% per ognuno dei due anni di validità del presente accordo.

Gli adeguamenti budgetari, così come sopra esplicitati, sono coerenti con gli analoghi incrementi tariffari previsti dalla Regione per gli anni 2007, 2008 e 2009.

- a) **Budget di riferimento per le attività intra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità (determinato sulla base delle indicazioni di fabbisogno provinciale rappresentate dalle Aziende Unità Sanitarie Locali) (BUDGET 1):**

BUDGET 1

| | Budget 2007 | Budget 2008 | Budget 2009 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Piacenza | 19.540.543 | 20.126.760 | 20.730.563 |
| Parma (***) | 28.806.960 | 29.671.169 | 30.561.304 |
| Reggio Emilia | 14.569.464 | 15.006.548 | 15.456.744 |
| Modena (*) | | | |

| | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | 12.956.018 | 13.344.698 | 13.745.039 |
| Bologna e prov. (****) | 45.058.167 | 46.409.912 | 47.802.209 |
| Ferrara | 11.743.022 | 12.095.312 | 12.458.172 |
| Ravenna | 20.694.221 | 21.315.047 | 21.954.499 |
| Forlì | 11.429.817 | 11.772.711 | 12.125.892 |
| Cesena | 14.706.391 | 15.147.583 | 15.602.010 |
| Rimini (**) | 15.642.259 | 16.353.199 | 17.096.452 |
| Totale | 195.146.861 | 201.242.939 | 207.532.884 |

(*) per quanto riguarda l'AUSL di Modena si segnala l'ingresso nel budget 1 della struttura Hesperia Hospital, già compresa nell'Accordo di alta specialità. Detta struttura, che già erogava con un accordo locale prestazioni per discipline non di alta specialità per l'Azienda di Modena entra nel presente accordo con il budget previsto dalla committenza locale.

(**) Per quanto riguarda il budget della Azienda di Rimini si segnala che, in virtù del fatto che in sede locale non era stata applicata la fascia di oscillazione del 5%, le parti hanno concordato in sede locale di pervenire al recupero del valore di tale quota nell'arco del triennio di validità del presente accordo, applicando al budget di Rimini percentuali di incremento differenziate calcolate in modo che riportino entro il 2009 al reintegro completo del budget; al budget sopra previsto per Rimini, adeguato per ogni annualità con gli incrementi concordati nel presente accordo, sono stati pertanto aggiunti ogni anno: per il 2007 € 261.099– per il 2008 € 241.673 – per il 2009 € 252.657.

La parte privata, tuttavia, rileva l'assenza di una quota di budget concessa nel precedente accordo regionale triennale, pari a 197.000 euro; le parti concordano che tale questione sarà affrontata, anche a livello locale, in sede di rinnovo del prossimo accordo triennale.

(***) Per quanto riguarda il budget dell'AUSL di Parma si segnala che l'attività svolta dall'OPA Maria Luigia viene tutta ricompresa nel budget 3;

(****) Per quanto riguarda il budget dell'AUSL di Bologna si precisa che ricomprende la quota di attività precedentemente svolta dall'OPA Villa Chiara in budget 3 in ambito intra AUSL, compresi i relativi fondi di abbattimento. La quota di cui trattasi, pari a € 812.858, è interamente destinata alla attività di dialisi della AUSL di Bologna. Il restante budget dedicato alla attività di dialisi, come definito da specifico accordo locale, è considerato extra budget e non calcolato nella presente tabella; l'attività di budget 3 svolta in extra AUSL viene aggiunta al budget 2.

Il budget della provincia di Bologna non tiene conto della presenza della struttura Santa Viola che viene inserita nel novero dei soggetti accreditati di cui al presente accordo, ma eroga le proprie prestazioni sulla base di un accordo locale con un budget specifico concordato in sede aziendale per l'intra AUSL; per gli utenti residenti in altre province la struttura risulta comunque accreditata, ma l'attività non è compresa nel budget 2.

L'Ospedale Privato Villa Regina accreditato nell'anno 2004, non ha budget proprio in quanto funzionalmente collegato con l'Ospedale privato accreditato Villa Nigrisoli.

b) Budget di riferimento per le attività extra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità (BUDGET 2):

Viene determinato per il 2007 in € 29.393.768, per il 2008 in € 30.275.581 e per il 2009 in € 31.183.848. I valori qui espressi sono, come previsto al punto B.3, passibili di cambiamenti relativi ai mancati accordi di area vasta.

c) Budget di riferimento per l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica degli ospedali privati (BUDGET 3):

Viene determinato per il 2007 in € 33.412.502, per il 2008 in € 34.414.877 e per il 2009 in € 35.447.323.

Per quanto concordato sopra nella presente intesa, il tetto di spesa complessivo per le strutture di non alta specialità, viene quindi fissato per il 2007 in € 257.953.131, per il 2008 in € 265.933.397. e per il 2009 in € 274.164.055 .

B.4.) LA CONTRATTAZIONE LOCALE

B.4.1) Indicazioni per la contrattazione locale

Per l'erogazione di prestazioni di non alta specialità, all'interno del budget fissato dall'accordo regionale, al fine di conseguire gli obiettivi di salute fissati dalla programmazione nazionale e regionale, le Aziende USL definiscono i contratti aziendali coinvolgendo le strutture accreditate presenti nell'ambito territoriale di propria competenza.

Le strutture private accreditate si impegnano, ciascuno per la propria struttura e/o in associazione, a garantire il rispetto della pattuizione contrattuale in termini di volumi e tipologie di attività attesi, di garanzie per gli utenti e di responsabilità sui risultati produttivi attesi.

Gli accordi contrattuali stipulati in sede locale dovranno inoltre essere formulati secondo le indicazioni di cui all'allegato 1 della deliberazione di Giunta regionale 426/2000, tenendo conto dei seguenti fattori ed eventualmente adattando le intese già intercorse ai contenuti minimi esplicitamente richiamati in detto allegato:

- la contrattazione locale, per quanto attiene alle presente intesa, dovrà essere condotta con gruppi di produttori facenti capo alle articolazioni territoriali rappresentative dei soggetti firmatari dell'accordo generale
- l'accordo regionale vigente al momento della sottoscrizione dell'accordo contrattuale in sede locale funge da intesa-quadro da cui dipendono principi e linee guida utili per orientare la contrattazione locale e la cui deroga, ove se ne ravvisi la necessità, deve essere motivata ed espressamente accettata dalle parti; il successivo punto 4.2 del presente accordo definisce alcune caratteristiche del contenuto pattizio e degli indirizzi produttivi che dovranno essere riconosciuti negli accordi locali qualora le parti non definiscano concordemente indicazioni diverse sui punti presi in considerazione, ma comunque compatibili con la disciplina generale del presente accordo;
- in sede di accordi locali non potranno essere previste penalità specifiche rispetto al sistema regionale in merito agli sforamenti di budget; possono essere previste forme di penalità che intervengono a fronte della non adozione di comportamenti produttivi concordati previsti nell'accordo locale sottoscritto. Anche queste eventuali forme di penalità devono essere esplicitate negli accordi locali. In merito al fatturato lordo su cui viene effettuato il calcolo delle penalità, le eventuali "penalità" locali impattano sul fatturato con la medesima modalità delle contestazioni (da intendersi nel senso che le contestazioni non rilevano economicamente fino a concorrenza delle eventuali penalità);
- la contrattazione locale dovrà indicare la prevedibile quota di ricoveri oggetto di invio diretto agli ospedali privati da parte della struttura pubblica;
- tale quota di prevedibile invio diretto costituisce il limite oltre il quale dovrà essere prevista una integrazione ai contenuti contrattuali con conseguente assegnazione di risorse aggiuntive corrispondenti;
- in considerazione del fatto che il presente accordo integra nel budget consolidato le risorse aggiuntive che a livello locale erano divenute continuative, la possibilità che la contrattazione locale, sulla base di eventuali necessità aziendali, possa prevedere l'assegnazione di risorse aggiuntive transitorie o stabili (extra budget straordinario o integrazione budgettaria consolidata) rispetto ai budget previsti è evidentemente possibile, ma deve intendersi come evento specifico e motivato, comunque correlato allo sviluppo di specifici programmi aziendali compatibili con le indicazioni programmatiche della regione.
- dalle penalizzazioni tariffarie sono di regola esclusi i casi effettuati su invio diretto dalle strutture pubbliche e da queste prorogati sulla base di esplicita richiesta

B.4.2) Contrattazione locale - ulteriori indicazioni

I budget 1 e 2 di cui al precedente punto B.4 sono relativi all'attività di ricovero ospedaliero, fatto salvo quanto specificato al punto A.11.

Gli accordi locali prevedono la quota di LPR che, nell'ambito della pianificazione Aziendale, viene attribuita alla ospedalità privata, confermandosi, orientativamente, una quota a tale titolo del 20% dell'attività accreditata, contrattata a livello locale.

La quota complessiva di LPR delle strutture private, in ambito aziendale, si deve intendere come integrata alla composizione dell'offerta ospedaliera pubblica.

Il budget intra ausl deve intendersi come coerente ai fabbisogni locali. Gli accordi locali forniscono gli indirizzi produttivi e individuano le tipologie e il numero di prestazioni contrattate in via prioritaria. La individuazione delle prestazioni di interesse aziendale non è a copertura di tutta la capacità dei singoli produttori (non pervasività), ma indica le priorità del committente, secondo un criterio che lascia alle strutture un margine di autonomia produttiva e competitività, comunque improntata ai canoni dell'appropriatezza e dell'efficacia. Quanto definito in via contrattuale orienta la produzione della struttura.

Nell'ambito delle funzioni contrattate i volumi acquisiti dovranno essere congrui rispetto ai requisiti dell'accreditamento dei reparti, secondo un principio quantitativo di sostenibilità nel rapporto fra entità economica delle prestazioni e costi affrontati per produrle, pur nell'ambito del principio della non pervasività.

I suddetti accordi non dovranno pertanto delimitare la produzione di ogni struttura aderente all'intesa, ma stabilire, secondo criteri di equità tra strutture pubbliche e private nella scelta delle funzioni eventualmente da riconvertire e nella attribuzione delle specialità da esercitare, la quantità e la tipologia di prestazioni da fornire in via prioritaria, in conformità ai piani di attività locali, ed in coerenza con le funzioni per le quali le strutture sono accreditate, restando impregiudicati il quadro del livello tecnologico – professionale e la diversificazione specialistica propri di ogni struttura, che resta accreditata ed abilitata ad erogare prestazioni intra ed extra – AUSL, nonché fuori regione, per tutte le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali accreditate.

Nel caso in cui, trascorsi 30 giorni dalla definizione degli obiettivi della programmazione aziendale, si riscontri il mancato raggiungimento degli accordi a livello locale e persista incongruenza tra gli obiettivi citati e l'attività esercitata dalle strutture private la contrattazione verrà condotta a livello regionale con la partecipazione delle parti interessate e delle Associazioni rappresentative firmatarie del presente accordo. Nel persistere dell'assenza di un accordo locale si applicano la disciplina e il contenuto del presente accordo Regionale.

In ogni caso, qualora gli obiettivi della programmazione aziendale comportino riconversioni che necessitano di significativi interventi strutturali e organizzativi, si dovrà tenere conto dei tempi necessari e l'obiettivo dovrà essere articolato nell'arco del triennio di validità del presente accordo, o, se ritenuto necessario dalle parti, in un tempo ulteriore.

B.4.3) Contrattazione locale extra-aziendale

I contratti relativi alle strutture private extra aziendali (e cioè situate al di fuori del territorio di competenza dell'Azienda USL) sono stipulati secondo i medesimi criteri di quelli intra aziendali, in questo caso con il singolo diretto contraente.

I contratti di fornitura devono essere stipulati qualora gli importi di spesa storica superino 500.000 € nell'ambito dei volumi corrispondenti alla spesa storica dell'anno precedente.

In materia di prestazioni extra-aziendali non negoziate le parti private si attiveranno comunque per favorire il contenimento delle prestazioni entro il budget complessivo sopra concordato, fatta salva l'operatività dei meccanismi di penalizzazione di cui alla presente intesa, e si impegnano a produrre secondo una tipologia conforme agli indirizzi della programmazione regionale ed ai principi di riqualificazione dell'attività stabiliti nel seguente paragrafo. Dalle penalizzazioni devono essere escluse le prestazioni fornite su invio diretto da parte delle strutture di ricovero pubbliche regionali assimilando le stesse a prestazioni extra budget.

Al fine di poter accedere all'incremento del 5% del budget extra AUSL è necessario attivare accordi di Area Vasta. In considerazione del fatto che la produzione extra AUSL è nella grande maggioranza concentrata in specifici bacini di utenza, al fine di prevenire fenomeni non controllati di mobilità e per una programmazione delle risorse presenti sul territorio si è ritenuto importante stimolare lo strumento dell'Accordo di area vasta.

Questa tipologia di accordi, che si presenta innovativa, può avvenire attraverso la stipula di accordi singoli o attraverso un unico accordo con gruppi di aziende o ancora attraverso un'Azienda capofila.

Da parte delle Aziende tale strumento deve essere considerato come mezzo di governo della mobilità ed uno strumento per avere maggiore certezza della spesa, da parte dei produttori privati come strumento per prevenire fenomeni di esubero del fatturato extra ausl che comportino poi difficoltà nelle applicazione del presente accordo regionale.

Il budget definito in tali accordi può considerarsi di fatto come estrapolato dal complessivo budget 2 e sarà ricondotto, in caso di sfioramento, al budget stipulato nell'accordo attraverso meccanismi di penalità a favore delle Aziende USL che hanno sottoscritto l'accordo medesimo.

Il punto di riferimento per la stipula degli accordi di area vasta deve essere la somma dei limiti individuali di cui al successivo punto B.6.3.

Con il presente accordo vengono ridefiniti i limiti individuali delle singole strutture (fatturato storico) che sono il riferimento per l'applicazione delle penalità di budget 2 in quanto oramai storicamente datati e superati.

E' auspicabile che i produttori pervengano alla conclusione degli accordi di area vasta stipulando intese fra gruppi di Aziende (o attraverso un'Azienda capofila nominata nell'ambito dell'area vasta o, in mancanza, con la propria azienda di competenza territoriale su mandato delle altre) e gruppi di produttori, o singoli produttori.

È inoltre possibile che le aziende AUSL di una stessa area concludano accordi, con i produttori della medesima area, basati sulla spesa storica come sopra

ricostruita (adeguata annualmente con gli incrementi budgettari regionali) comprensiva del fatturato intra AUSL e del fatturato extra AUSL, prevedendo che i contenuti economici, sulla base di una scelta condivisa ed esplicitata a livello contrattuale, siano gestiti:

- a) o attraverso la regolazione tra le Aziende delle eventuali differenze tra previsioni di spesa e fatturato effettivo nei limiti di budget di area vasta;
- b) o attraverso lo stanziamento preventivo di una quota di spesa ancorata al fatturato storico e, in omaggio a criteri di prevedibilità della spesa, rinunciando alle compensazioni e componendo un budget unico di area vasta. In tale eventualità l'Accordo dovrà essere complessivo (ricomprendere tutte le AUSL e tutti i produttori dell'area) ed i volumi contrattati saranno assimilati ad un unico budget intra AUSL (budget unico multiprovinciale) con le stesse modalità di funzionamento del budget 1 per quanto riguarda calcolo ed applicazione delle penalità.
- c) o esigendo individualmente dalle strutture gli esuberi rispetto ai singoli sottobudget di area vasta.

B.5.) RIQUALIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'

Vista la necessità di favorire una complessiva riqualificazione dell'attività ospedaliera ed un corretto inquadramento delle prestazioni secondo quanto stabilito dai provvedimenti regionali in materia di obiettivi di produzione ospedaliera (recupero di efficienza, riduzione del tasso di ospedalizzazione, miglioramento del rapporto costo/efficacia e qualità/quantità delle prestazioni, propensione all'utilizzo del DH), le parti private si impegnano a modulare la propria attività, ed a organizzare il proprio sistema produttivo al fine di mantenere gli obiettivi del sistema regionale anche attraverso un graduale allineamento delle pratiche assistenziali con quelle delle strutture pubbliche, secondo un principio di appropriatezza.

Le strutture si impegnano inoltre a rendere esplicito e ad informare conseguentemente il cittadino sui contenuti dell'episodio di cura, con particolare riferimento alle fasi di pre e post – ricovero (continuità assistenziale).

B.6.) ARTICOLAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI MECCANISMI DI BUDGET E DI PENALIZZAZIONE

B.6.1) Tetti di spesa non alta specialità

Il budget complessivo regionale per la non alta specialità come sopra fissato si modifica in virtù dell'andamento della mobilità extra regionale verificatasi rispetto all'anno di riferimento, come disciplinato al punto A.9 del presente accordo.

Per il controllo dei tetti di spesa di cui ai budget 1 e 2 sono previsti i seguenti meccanismi regionali e locali. Il budget 3 verrà trattato specificatamente in apposito separato paragrafo.

Budget e tetti complessivi regionali: i tetti regionali non sono superabili; nel caso in cui si verificano sfondamenti della cifra complessiva sopra riportata, scatteranno i meccanismi di penalizzazione individuale e complessiva, fino al rientro con effetto retroattivo a tutta l'annualità interessata, mediante riduzione delle tariffe (tariffa variabile), come meglio di seguito specificato.

B.6.2) Funzionamento dei budget locali intra AUSL

1° livello: prestazioni intra AUSL:

nel caso che in ambito locale i singoli fatturati portino ad un superamento del budget 1 Aziendale (budget intra-AUSL – conteggiati separatamente per singole aziende AUSL o, nel caso di accordi di area vasta senza o con compensazione della spesa, elaborati a livello di area vasta), opererà, sempre a livello locale, un sistema di remunerazione a scalare delle prestazioni individualmente eseguite in eccesso rispetto alle intese stipulate a livello locale, tale da ricondurre il valore delle prestazioni locali al budget complessivo concordato.

Posto che la somma dei singoli budget individuali delle strutture concordati localmente o, nel caso di accordo senza indicazioni singole, dei budget individuali 2006 adeguati proporzionalmente (denominati entrambe “di riferimento”), deve sempre essere uguale al budget concordato a livello Aziendale (metropolitano per la provincia di Bologna o di area vasta nel caso sopra previsto), la riduzione a scalare opererà secondo i seguenti criteri fino al rientro (tariffa variabile) nei tetti di spesa locali concordati, non inferiori ai limiti di cui al presente accordo:

- riduzioni applicabili solo al fatturato in eccesso rispetto a quello di riferimento e solo se il fatturato complessivo locale supera quanto negoziato;
- le riduzioni così individualmente calcolate saranno applicate fino a concorrenza del rientro nel budget locale .

Gli importi di riferimento individuale saranno fissati in sede di Commissione Paritetica alla luce dei contenuti dei contratti di fornitura Aziendali o, in caso di loro assenza o non raggiungimento, sulla base dei budget individuali in funzione per l'anno 2006.

B.6.3) Funzionamento dei budget locali extra AUSL

2° livello - prestazioni extra AUSL

In assenza di accordi di area vasta i meccanismi per il rientro nel budget 2 complessivo opera come segue:

- qualora si superi a livello complessivo il budget extra – aziendale assegnato a livello regionale opererà un impianto di penalizzazione a tariffa variabile attraverso riduzioni applicabili solo al fatturato complessivo extra AUSL in eccesso rispetto a quello negoziato a livello regionale (budget 2)
- le penalità verranno applicate ai produttori fino a concorrenza del rientro nel budget regionale rispetto ai limiti individuali di ogni struttura.

Tale nuova griglia di limiti è costruita sulla base delle seguenti regole:

- fatto 100 il limite individuale in vigore per il 2006 e 11 la somma tra fascia di oscillazione del 5% e fondi di abbattimento (tot. limite: 111):
 - o A) se il fatturato lordo del 2006, al netto degli invii da struttura pubblica, si è posizionato da zero a 111 il limite 2007 è dato dal fatturato lordo + il 5%;
 - o B) per i restanti soggetti il limite è dato dal fatturato lordo ridotto, fino al raggiungimento del limite dato da $111 + 5\%$ sub A, di una percentuale idonea a ricondurre la somma dei limiti 2007 al budget per lo stesso anno;
- la somma dei limiti individuali di ogni anno non potrà mai superare l'importo del budget per lo stesso anno;
- i limiti validi per l'anno 2007 saranno aggiornati negli anni a seguire delle stesse percentuali di adeguamento del budget 3.

I meccanismi di penalità di cui sopra non operano per prestazioni in degenza il cui accesso è stato richiesto dalla struttura pubblica regionale inviante, ovunque ubicata (assimilate pertanto a prestazioni extra-budget).

Qualora vengano sottoscritti i suddetti accordi di area vasta, i budget definiti saranno monitorati in maniera specifica e non concorreranno alla definizione complessiva degli eventuali sforamenti.

Considerato che, comunque, il budget 2 non può essere valicato, detratti i budget definiti in sede di area vasta, la quota di budget per la quale valgono i meccanismi di rientro sopra definiti viene calcolata per sottrazione.

Da tali penalizzazioni individuali e complessive (livelli 1 e 2) sono escluse le strutture Villa Salus di Rimini e Stacchini per i ricoveri inviati e prorogati da strutture pubbliche.

B.7.) CONSEGUIMENTO DI PARTICOLARI OBIETTIVI DI PRODUZIONE DI INTERESSE REGIONALE

Come già specificato al punto B.3 il fondo per la revisione dei tetti regionali complessivi di cui al punto B.7 del precedente accordo è stato integrato nel budget e pertanto non esiste più un fondo per la revisione delle penalità a fronte del raggiungimento di particolari obiettivi di produzione.

Ciononostante è importante mantenere un set di obiettivi di importanza regionale verso cui deve tendere la produzione, in modo tale che sia mantenuto il monitoraggio su alcuni fenomeni di particolare interesse e per verificare l'omogeneità dei comportamenti da parte delle strutture.

Il raggiungimento degli obiettivi può essere elemento per orientare l'applicazione delle penalità da parte della Commissione Paritetica, a fronte di situazioni che possono essere fonte di particolari criticità. Anche il mancato raggiungimento degli obiettivi può essere fonte di valutazioni con impatti concreti nell'applicazione delle penalità e nell'analisi dei contenziosi che dovessero scaturire anche a livello locale.

Nell'allegato sub 2 vengono illustrate le modalità ed i criteri di conseguimento dei risultati (obiettivi) che certificano la conformità della produzione delle strutture rispetto alle linee guida della programmazione regionale.

La Commissione Paritetica, sentita la Commissione Tecnica Regionale Paritetica per la Salute Mentale per la materia di competenza, è abilitata ad apportare al sistema degli obiettivi tutte le modifiche ritenute opportune per adattare i contenuti della presente intesa all'evoluzione del sistema sanitario regionale ed alle innovazioni previste dalla presente intesa.

Le singole AUSL e/o le aree vaste, nell'ambito degli accordi-contratti con le strutture private, definiranno operativamente le specifiche territoriali rispetto alla disciplina generale.

Gli obiettivi rilevanti, illustrati nell'allegato documento tecnico (sub 2), sono suddivisi tra obiettivi di interesse regionale e locale e sono caratterizzati dalla rispondenza ai seguenti criteri:

- misurabilità
- oggettiva evidenza
- rilevabilità sulla base dei flussi informativi routinari

Vengono allegate alla presente intesa le schede tecniche di definizione degli specifici obiettivi, illustrative delle modalità di verifica e misurazione del loro raggiungimento, nonché delle modalità tecniche di ripartizione fra i diversi ospedali appartenenti alle varie categorie.

In linea generale il sistema degli obiettivi deve essere legato a un trend di miglioramento, rispetto agli obiettivi individuati, o di mantenimento di standard considerati soddisfacenti ed elevati dalle parti. Non è da considerarsi né corretto né nell'ottica delle finalità del meccanismo, accedere ai risultati di conseguimento con performance peggiorative, sempre in relazione agli obiettivi individuati.

Parimenti non è corretto tarare i miglioramenti quali-quantitativi richiesti con eventuali performance positive registrate nell'anno precedente in modo straordinario e non ripetibile. I parametri di riferimento degli obiettivi regionali sono sottoposti a revisione annuale, da concordare in sede di Commissione Paritetica. Per l'anno 2007, in considerazione del fatto che non si è ancora proceduto al consolidamento dei dati 2006, la Commissione Paritetica si riserva di individuare il riferimento fra uno dei due anni precedenti; e così anche per gli anni successivi del triennio.

Gli eventuali obiettivi aggiuntivi o sostitutivi fissati a livello locale dovranno essere obiettivi chiaramente valutabili, misurabili e rilevabili.

Le Aziende e gli OPA dovranno inviare alla Commissione paritetica un report relativo ai livelli di raggiungimento degli obiettivi individuati.

Qualora a livello locale non siano individuati obiettivi specifici sostitutivi si fa riferimento a quelli allegati al presente accordo.

PARTE III

PARTE SPECIFICA SALUTE MENTALE

La presente parte III dell'accordo è rivolta alle strutture private che forniscono attività di tipo psichiatrico, e specificatamente ai seguenti ospedali privati:

1. Villa M. Luigia
2. Villa Rosa
3. Villa Igea
4. Ai Colli
5. Villa Baruzziana
6. Villa Azzurra

C.1.) PREMESSA

A) Con delibera n. 327/2004 la Giunta Regionale ha stabilito, fra l'altro, *“di procedere, per quanto espresso in premessa, ai soli fini dell'accreditamento istituzionale, senza pertanto modificare l'assetto autorizzatorio e quanto previsto dai vigenti accordi fra Regione e AIOP regionale, e fatte salve le funzioni di tipo ospedaliero, mono o pluridisciplinari, già svolte sulla base di specifici accordi aziendali, all'assimilazione delle strutture ospedaliere private che erogano attività di tipo psichiatrico alle Residenze Sanitarie Psichiatriche qualificandole, in relazione all'intensità e alla durata dell'intervento, in base alle tipologie di cui alla voce "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di psichiatria adulti" dell'allegato 3 "Requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie", parte integrante della presente deliberazione”*.

B) L'Accordo Regionale riferito al triennio 2001-2003, nella parte specifica relativa alla Salute Mentale riprendeva espressamente i punti: 2) Tipologia dei ricoveri, 2.1) Quadri diagnostici, 3) Modalità d'accesso, 4) Controlli e verifiche, di cui alla *“Relazione della Commissione Psichiatrica, parte integrante della delibera regionale n. 405 del 31/03/1998.*

C) Alla luce del mutato quadro normativo e del lasso di tempo intercorso, si è reso necessario formulare nell'Accordo regionale 2004/2006 un aggiornamento dei punti e dei contenuti della sopracitata *“Relazione della Commissione Psichiatrica”*. A tal fine le parti concordarono di attivare una Commissione Tecnica per la Salute Mentale, paritetica e avente le caratteristiche già definite nella Delibera di G.R. n.1356 del 1997, composta da collaboratori dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e rappresentanti delle strutture sanitarie private di psichiatria e neuropsichiatria infantile, con il compito di:

- definire le patologie trattabili nell'ambito delle tipologie di residenze sanitarie psichiatriche previste dalla citata delibera n. 327/2004;

- definire linee concordate per il monitoraggio dei ricoveri e indicatori della loro appropriatezza, con particolare riguardo ai ricoveri ripetuti nelle strutture regionali psichiatriche;
- monitorare l'iter di adeguamento a quanto previsto dalla delibera 327/2004 da parte dei DSM e delle stesse strutture di psichiatria e neuropsichiatria infantile, pubbliche e private, per quanto attiene protocolli, accordi, costruzione di percorsi di continuità assistenziale integrata fra le diverse tipologie di strutture, così come previsto dall'allegato 3 della citata delibera n. 327/2004;
- concorrere ad attuare i comuni impegni previsti per le procedure di accreditamento, sia in preparazione a quanto disposto dagli atti regionali sia per eventuali, successivi adempimenti;
- definire le modalità con cui, nel rispetto comunque dell'autonomia gestionale ed organizzativa delle strutture, anche in considerazione della specificità delle prestazioni erogate, deve essere considerato l'inquadramento degli ospedali privati con attività di psichiatria e neuropsichiatria infantile, e i relativi posti letto psichiatrici, sia a livello regionale, per la programmazione di riferimento per l'approvazione delle richieste di accreditamento dei DSM, nella cui rete insistono le strutture private con attività di psichiatria e neuropsichiatria, sia a livello locale, quale parte integrante della rete di degenza del Dipartimento di Salute Mentale, a completamento della tipologia dell'offerta di ricovero;
- elaborare una proposta condivisa da approvare in sede di accordo tra la Regione e le associazioni della spedalità privata AIOP successivamente al presente accordo o integrativa del presente accordo, anche alla luce della situazione di transitorietà che la ridefinizione delle strutture inevitabilmente comporta.

D) Alla luce di quanto sopra le parti concordano inoltre che per il periodo transitorio che precede il completamento dei processi di autorizzazione e di accreditamento previsti dalla Delibera n. 327/2004 e/o fino alla definizione di un nuovo documento di intesa da parte della Commissione Paritetica di Salute Mentale, approvato e sottoscritto dalle parti, si confermano i seguenti contenuti, previsti nella già citata "Relazione della Commissione Psichiatrica", vale a dire che:

"gli ospedali privati che erogano attività di psichiatria e neuropsichiatria per l'infanzia e l'età evolutiva sono equiparati a tutti gli effetti ai presidi ospedalieri per le attività di degenza e per le funzioni svolte devono ritenersi assimilabili, ai fini del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale", alle strutture residenziali che accolgono soggetti volontari con bisogni di interventi diagnostici – curativi – riabilitativi di breve e media durata. Gli ospedali privati concorrono inoltre all'assolvimento dei compiti collegati all'emergenza-urgenza ed alla lungodegenza psichiatrica, come di seguito specificato".

E) In seguito con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 9141 del 29/06/2005 e n. 9598 del 7/7/2006 è stata istituita e disciplinata la

Commissione Tecnica per la salute mentale avente il compito, tra gli altri, di elaborare una proposta condivisa in tema di: patologie trattabili nelle strutture residenziali; linee guida concordate per il monitoraggio dei ricoveri; inquadramento degli ospedali privati con attività di psichiatria nell'ambito del DSM e della residenzialità; ed infine con l'incarico di trasporre tali contenuti in una proposta da inserire negli accordi regionali successivi a quello 2004/2006.

G) Tale Commissione Tecnica, riunitasi più volte a partire dal 9/5/2006, ha da poco ultimato i suoi lavori licenziando le proposte finali da porre a base del presente accordo .

H) Tuttavia, tenuto conto del protrarsi dei lavori della Commissione e della complessità della materia, comportante un processo di profonda riconversione delle strutture e di ridefinizione di alcuni requisiti posti a base della disciplina di accreditamento delle strutture private psichiatriche, si rende necessario prorogare la disciplina del precedente accordo regionale (parte terza – specifica per la salute mentale – par. da C1 a C8, fatto salvo quanto in seguito previsto in termini di budget e tariffe per l'anno 2007) fino alla conclusione del procedimento di accreditamento definitivo e di rinviare al 1 gennaio 2008, o al maggior termine che si rendesse necessario per la conclusione di tale iter, la decorrenza delle comuni intese di seguito illustrate.

C2) DISCIPLINA TRANSITORIA

C.2.1) Budget e tariffe

Per l'anno 2007 sono prorogati i contenuti della parte dell'Accordo Regionale 2004/2006 (paragrafi da C1 a C8).

Il budget per lo stesso anno viene fissato in € 33.412.502 , mentre la tariffa giornaliera è adeguata del 4,5% (in misura pari al tasso incrementale del budget previsto dall'accordo generale regionale) rispetto a quella vigente per l'anno 2006. Per l'anno 2008 e 2009, il budget verrà incrementato analogamente a quanto previsto per i budget 1 e 2 in misura uguale e proporzionale agli incrementi concessi per il restante settore della non alta specialità contenuti nell'Accordo generale (3% per annualità).

C.2.2.) Durata

La disciplina transitoria si rende applicabile fino al 31/12/2007, data entro la quale deve essere completato il processo di accreditamento provvisorio e deve avviarsi il percorso di riorganizzazione dei posti letto delle strutture ed il processo di accreditamento definitivo (da concludersi entro il 30 giugno 2008), secondo le linee condivise e riportate nei seguenti capitoli dell'accordo.

Qualora il processo di accreditamento definitivo dovesse protrarsi per un tempo ulteriore la nuova disciplina si renderà applicabile dalla data che di comune accordo le parti concorderanno in sede di Commissione Tecnica Paritetica per la Salute Mentale.

Resta inteso che in caso di proroga il budget e le tariffe verranno adeguati per la frazione di durata utile in misura uguale e proporzionale agli incrementi concessi per il restante settore della non alta specialità.

C.2.3.) Commissione Tecnica Paritetica per la Salute Mentale

I lavori di tale Commissione Tecnica si protrarranno per tutta la durata del presente accordo con funzioni di proposta in materia di monitoraggio delle prestazioni assistenziali, di interpretazione comune in ambito contrattuale, limitatamente all'area psichiatrica, del tutto simili a quelli della Commissione Paritetica Regionale. Le proposte formulate dalla Commissione Tecnica Psichiatrica verranno avanzate al tavolo della Commissione Paritetica Regionale ed in questa discusse e, se del caso, recepite e formalizzate.

C.3) OFFERTA FUNZIONALE ED ECONOMICA IN CAMPO PSICHIATRICO DEGLI OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI - DISCIPLINA A REGIME

Si riportano di seguito, sotto forma di articolato contrattuale e con le opportune integrazioni, le proposte conclusive dei lavori della Commissione Tecnica regionale in materia di salute mentale.

C.3.1) Valutazioni preliminari

Le parti condividono una valutazione della realtà esistente secondo la quale nello scenario attuale, che presenta bisogni assistenziali molto diversificati, si rende necessaria una puntuale programmazione nell'area della residenzialità e del ricovero, che sviluppi l'efficacia, l'appropriatezza e la valorizzazione delle risorse fornite dal sistema dei servizi della salute mentale

In tale prospettiva, è necessario procedere lungo tre direttive principali:

- specializzazione dell'offerta dei servizi AIOP, attualmente indistinta e gravante interamente sulla disciplina ospedaliera (cod 40);
- specializzazione e qualificazione che rispetti criteri e protocolli previsti dal percorso dell'accreditamento istituzionale dei servizi pubblici;
- maggiore qualificazione del servizio privato al fine di raggiungere più ampia appropriatezza e continuità terapeutica assistenziale.

Tenuto conto di questi principi, si osserva come l'attuale offerta di posti letto AIOP in ambito neuro-psichiatrico sia suddivisa tra 6 strutture operanti nelle tre macro aree di riferimento ed abilitate ad offrire prestazioni sia a cittadini residenti nel proprio territorio che a quelli residenti in altre AUSL della Regione ed a cittadini in mobilità interregionale o stranieri, e complessivamente autorizzate entro il 31.12.2006 al funzionamento per un totale di 641 posti letto, divisi nelle specialità di psichiatria (cod. 40), neurologia (cod. 32) e riabilitazione (cod. 56).

Ai fini di maggior completezza si precisa che i PL cod. 56 e 60 autorizzati su Villa Igea di Modena rientrano nel budget 1 e 2 e quindi vengono disciplinati nell'Accordo Generale.

C.3.2.) Autorizzazione e accreditamento

Le parti condividono la proposta formulata in sede conclusiva dei lavori della Commissione e ribadiscono la necessità che in capo alle 6 strutture partecipanti all'Accordo Regionale permanga l'autorizzazione ospedaliera, come da esse già ottenuta in via provvisoria o definitiva ai sensi della DGR 327, con i conseguenti obblighi in campo strutturale, organizzativo e tecnologico, e che detta autorizzazione di tipo ospedaliero sia riferita alla totalità dei posti letto, con le varianti disciplinari che potranno essere accordate in sede applicativa dei singoli accordi locali.

In relazione al fabbisogno ed alle funzionalità delle scelte di programmazione regionale saranno accreditati 342 posti residenziali, di cui 312 derivanti da una riconversione di PL ospedalieri, 163 posti ospedalieri, e si procederà ad accreditare ulteriori 167 posti letto ospedalieri per assicurare il fabbisogno sanitario tradizionalmente soddisfatto dalle strutture.

Ai fini di cui sopra e per meglio illustrare i presupposti dell'assetto complessivo del sistema, si chiarisce che l'accreditamento, sia per la parte residenziale che per quella strettamente ospedaliera, continuerà a investire l'intera dotazione di PL autorizzati mentre l'utilizzo, in termini di risorse stanziare dall'Accordo Regionale in area psichiatrica per prestazioni assistenziali verso cittadini residenti (budget 3), viene definito in termini economici con il presente accordo regionale e riversato, in termini prestazionali, su una porzione di PL autorizzati/accreditati equivalenti al monte risorse e corrispondenti alle assegnazioni individuali evidenziate nel prospetto allegato sub 3.1).

In relazione ai criteri ed ai requisiti di accreditamento delle diverse tipologie si fa riferimento all'illustrazione dettagliata nelle conclusioni accolte dal lavoro della Commissione Tecnica ed ai principi condivisi nel testo della relazione finale e negli allegati.

Quanto al profilo epidemiologico dei malati afferenti alle due componenti residenziale e ospedaliera si fa riferimento ai provvedimenti legislativi ed amministrativi in vigore a livello regionale e nazionale; in allegato al lavoro conclusivo della Commissione viene accolta, e qui condivisa, una sintesi dei diversi profili e dei criteri di presa in carico della componente ospedaliera SPOI, utili anche per chiarire le principali differenze tra i diversi tipi di trattamento.

C.3.3.) La componente residenziale

La componente residenziale accreditata RTI (residenze a trattamento intensivo) e RTP (residenze a trattamento protratto) dovrà avvalersi di criteri di accreditamento specifici che tengano conto della collocazione dei reparti in ambito ospedaliero (*RTI e RTP in contesto ospedaliero*), ovvero consoni alla particolare realtà ospitante e quindi alle peculiarità strutturali, tecniche ed organizzative proprie di un ambiente protetto e connotato per sua natura da modelli e tipologie specifiche a valenza ospedaliera.

C.3.3.a.) La componente residenziale sarà accreditata con un totale di 342 posti letto e completamente utilizzata nell'ambito del budget 3 regionale. Tale numero risulta comprensivo di una porzione di posti letto leggermente superiore rispetto

al fabbisogno correlato, espresso nell'allegato n.3.1, al fine di tener conto dei possibili picchi di domanda che si possono registrare e per permettere il pieno utilizzo dei posti letto oggetto di committenza.

L'esistenza di procedure e criteri di accesso condivisi tra DSM e strutture AIOP, da attuarsi mediante partecipazione ai lavori del comitato di dipartimento, e da sottoscrivere in forma di accordo, è requisito necessario al fine del raggiungimento degli obiettivi che questa proposta comporta. A seguito degli accordi e dell'integrazione nel DSM, a cui consegue la condivisione delle procedure e dei criteri di presa in carico, la facoltà di accesso, ferma restando in capo al DSM la titolarità prioritaria anche in materia di fissazione della disciplina operativa, verrà estesa alla componente professionale medica delle singole strutture AIOP.

Gli oneri derivanti dagli invii predisposti dalla componente professionale medica delle singole strutture AIOP rientrano a tutti gli effetti nel budget totale concordato, e la componente privata, al pari di quella pubblica, concorre delle responsabilità derivanti da eventuali sovrautilizzi. La verifica e manutenzione dei criteri e delle procedure sarà cura dei Comitati di Direzione dei DSM, ai cui lavori parteciperanno stabilmente i rappresentanti delle strutture AIOP.

In caso di sovrautilizzo rispetto ai volumi commissionati e svolti nel rispetto delle regole di appropriatezza previste a livello regionale, occorrerà rivedere con cadenza trimestrale il piano di committenza e decidere in merito all'eventuale riduzione di produzione nei trimestri successivi ovvero alla formalizzazione del riconoscimento economico di produzioni aggiuntive, anche pregresse, rispetto ai budget concordati.

A tale scopo verrà costituita presso l'Azienda USL sul cui territorio insiste la struttura privata, una Commissione Locale di Monitoraggio a questo Accordo, eventualmente estesa all'area vasta, che potrà decidere ed adottare tempestivi correttivi nei casi di sovra e sotto-utilizzo. A tale Commissione competerà fissare annualmente il piano di committenza locale e/o di area vasta.

Eventuali aggiuntivi utilizzi possono essere previsti e concordati a livello di contrattazione locale, così come previsto dagli accordi regionali.

E' possibile esplicitare l'attività in regime di Centro Diurno, la cui spesa sarà per funzione, e corrisposta in regime intra budget.

All'interno della componente residenziale saranno oggetto di committenza anche le prestazioni di tipo specialistico (PR.SP.: indicativamente psicogeriatrica, doppia diagnosi, neuropsichiatria età evolutiva, ecc.) secondo canoni disciplinari e criteri da concordare e verificare ogni tre anni, sia in sede di prosieguo dei lavori della Commissione Paritetica Psichiatrica sia, conseguentemente, in sede locale in ogni singolo dipartimento.

Le tariffe relative alle residenze a trattamento intensivo, protratto e specialistiche sono allegate al lavoro conclusivo della Commissione e vengono accolte dalle parti come documento concordato e condiviso nel presente contratto. Gli

adeguamenti tariffari verranno concessi in misura uguale a quelli budgettari dopo il primo periodo di applicazione della disciplina a regime.

C.3.4.) La Componente Ospedaliera

La componente ospedaliera dovrà prevedere al suo interno una molteplice articolazione, numericamente dettagliata nell'allegato n.3.1, e con le seguenti caratteristiche.

C.3.4.a.) Viene istituito un primo settore denominato SPOI (servizio psichiatrico ospedaliero intensivo), suddiviso in nuclei da 10/18 PL per un totale regionale di 90 posti letto. Si tratta di un reparto che garantisce l'accesso su 24 ore giornaliere, molto simile a quello dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con requisiti più attenuati, senza prevedere la possibilità di effettuarvi ricoveri obbligatori. Il reparto SPOI risulta destinato al trattamento di una casistica complessa, meno grave e volontaria, anche se acuta.

Il settore potrà dotarsi di posti letto in day hospital, la cui spesa sarà per funzione, e corrisposta in regime intra-budget. Eventuali aggiuntivi utilizzi possono essere concordati a livello di contrattazione locale.

Il disciplinare SPOI, e la relativa indicazione tariffaria, vengono accolti dalle parti come documento concordato e condiviso nel presente contratto. Gli adeguamenti tariffari verranno concessi in misura uguale a quelli budgettari dopo il primo periodo di applicazione della disciplina a regime.

L'accesso è normalmente riservato al DSM con livelli ottimali di invio oltre l'80% dell'intera occupazione e potrà essere disposto, per la parte non oggetto di invio diretto, con prescrizione medica pubblica (prescrizione del medico di base o dello specialista). Il reparto è classificato codice 40.2, produce la SDO e potrà accogliere anche pazienti del territorio nazionale, nel rispetto delle citate priorità occupazionali del DSM. E' pertanto necessario per accedere a tale reparto, il possesso del modello unico di richiesta che deve essere compilato da un professionista afferente al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso impegnativa vigente per l'accesso ai reparti ospedalieri. Non è quindi possibile l'inserimento in accesso diretto.

C.3.4.b.) Un secondo settore ospedaliero ospiterà reparti riabilitativi (Cod. 56), di cui una parte destinati ai trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare (reparti DCA). La porzione oggetto di accreditamento si attesta sui 29 posti letto, come meglio dettagliata nel prospetto sintetico evidenziato in calce come assetto di convergenza condiviso in commissione dalle singole strutture partecipanti.

Le tariffe relative alla DCA sono indicate nel lavoro conclusivo della Commissione e vengono allegate e accolte dalle parti come documento concordato e condiviso nel presente contratto. Gli adeguamenti tariffari verranno concessi in misura uguale a quelli budgettari dopo il primo periodo di applicazione della disciplina a regime.

C.3.4.c.) La restante porzione di PL autorizzati viene accreditata come codice 40 (codifica SDO: cod. 40.3), con remunerazione a tariffa regionale. Non rientra nel budget regionale ed è destinata ad assolvere le funzioni extra-budget richieste dalle singole Aziende USL o per soddisfare fabbisogni di altre aree. Anche per questi reparti, si procederà ad adottare gli opportuni atti per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale.

Il corrispettivo di riferimento per tali prestazioni verrà fissato dalle deliberazioni della Regione Emilia-Romagna in materia tariffaria, viene parificato alla remunerazione per attività residenziale psichiatrica (RTI) con abbattimento del 20% oltre il 21° giorno di degenza, e del 40% oltre il 30° giorno. Gli abbattimenti del primo e secondo scaglione non potranno ridurre l'importo tariffario medio ad un valore inferiore al corrispettivo minimo per la giornata di lungodegenza medica (attualmente 149 €).

C.3.5.) Integrazione nel DSM

I rappresentanti delle strutture private dovranno partecipare ai comitati di dipartimento competenti territorialmente (un rappresentante o più, per ogni struttura) con particolare riferimento ai temi della programmazione sanitaria, governo clinico, organizzazione e integrazione tra servizi pubblici e privati accreditati.

La Commissione Locale di Monitoraggio e la Commissione Regionale Paritetica per la Salute mentale rappresentano i due strumenti con cui monitorare l'applicazione di questo progetto e del correlato accordo regionale. Sono entrambe formate da tre rappresentanti di parte pubblica e tre rappresentanti di parte privata.

C.3.6.) Tetto di spesa

Nell'ambito del budget regionale per la non alta specialità viene ricavato nella fase a regime uno specifico budget per l'attività di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'età evolutiva degli ospedali privati accreditati elencati nel paragrafo iniziale della presente parte III, e comprendente le funzioni residenziali, ospedaliere (SPOI ed SPDC ed i servizi per la cura dei disturbi del comportamento alimentare), anche espliciti in regime semi-residenziale.

L'ammontare di tale budget (denominato "budget 3") è pari a € 33.412.502 per l'anno 2007, incrementato del 3% per le annualità 2008 e 2009.

Eventuali aggiuntivi utilizzi possono essere concordati a livello di contrattazione locale.

In caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di settore, si procederà alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto ai limiti individuali indicati nell'allegato n. 3.1.

Tale penalizzazione sarà applicata per il primo anno in misura proporzionale all'eccesso di produzione individuale rispetto al proprio limite e nella quantità sufficiente a permettere il rientro nel budget complessivo; della stessa beneficeranno, in misura proporzionale, le AUSL destinatarie del fatturato della

struttura penalizzata. Nel secondo anno il limite individuale viene assunto come media, tra detto limite ed il fatturato netto dell'anno precedente; il terzo anno stesso procedimento di media tra il limite ed i due anni precedenti, e così via fino alla costruzione di una media triennale dei soli fatturati netti dei tre anni precedenti.

C.4.) CONTROLLI E PROROGHE

I controlli devono essere individuali su singolo paziente secondo la normativa regionale vigente.

Per l'attività ospedaliera, certificata da SDO valgono i controlli di competenza delle strutture tecniche preposte della AUSL di competenza territoriale.

I controlli dovranno essere effettuati in corso di degenza dalla AUSL di provenienza del paziente in trattamento, che può delegare, in maniera esplicita a tale funzione la AUSL di competenza territoriale della struttura.

Le proroghe sono sempre determinate dai DSM di riferimento territoriale del paziente, sia per le brevi-degenze che per le medie-degenze, fatti salvi diversi accordi con il DSM inviante.

Devono essere previsti espliciti protocolli operativi per la richiesta di proroga che definiscano anche i tempi di risposta dei DSM. In mancanza di risposta da parte del DSM di riferimento la struttura è tenuta a rinnovare la richiesta ogni 7 giorni.

Per le degenze intra regione, in presenza della richiesta reiterata e della mancata risposta, non si applicano riduzioni tariffarie e/o penalizzazioni di sorta .

Allegati: le parti concordano nell'assegnare agli allegati valore pattizio e nel considerarli parte integrante del presente accordo, fatto salvo quanto espressamente modificato e assunto nel corpo principale dell'accordo stesso.

L'ASSESSORE ALLA SANITA'
Arch. Giovanni Bissoni

L'AIOP REGIONALE
Rag. Lorenzo Orta

Allegati:

- 1) Fac-simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo Regionale.
- 2) Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale.

3) Allegati alla parte III :

- 3.1) schema di dettaglio dei PL autorizzati, in accreditamento e del fabbisogno**
- 3.2) disciplinare SPOI**
- 3.3) relazione conclusiva Commissione Paritetica Salute Mentale**

ALLEGATO 1:**FAC SIMILE DI DICHIARAZIONE INDIVIDUALE DI ACCETTAZIONE
DELL'ACCORDO REGIONALE 2007/2009****(carta intestata dell'Ospedale privato)**

L'Ospedale Privato Accreditato con sede in
 via n. ... C.F., P.
 IVA , autorizzato all'esercizio con decreto del Presidente della
 Giunta Regionale n. del e successive modificazioni ed integrazioni ,e/o
 con provvedimento del Comune di PR. n..... del , legalmente
 rappresentata dal Sig. in qualità di
 (titolare, presidente del CdA, amministratore, ecc.)

PRESO ATTO

- dell'Accordo Regionale sottoscritto in data dall'Assessore
Regionale alla Sanità e dal Presidente dell'AIOP Regionale;
- della Deliberazione di Giunta Regionale n.... del di recepimento
dell'Accordo di cui sopra;
- dei contenuti dell'art. 12 della L.R. n. 34/98;
- del Decreto Legislativo n. 229/99 emanato in attuazione della L. 419/98 ;
- della necessità di formulare espressa accettazione delle tariffe vigenti e
dell'accordo regionale sull'ospedalità privata, sopra evidenziato, al fine di poter
accedere alla qualifica di soggetto privato transitoriamente accreditato;
- della richiesta già inoltrata dalla scrivente struttura al Presidente della Giunta
Regionale, in ottemperanza al predetto art. 12 della L.R. n. 34/98;

DICHIARA

- di **accettare il sistema di pagamento a tariffa** di cui alla DGR. n. /
200 ... e successive modificazioni, valide tempo per tempo;

- di **accettare e condividere i contenuti dell'accordo regionale** citato in
premessa e sottoscritto dall'Associazione Regionale di appartenenza,

al fine di poter **mantenere la qualifica di soggetto privato accreditato** ed
accedere all'applicazione dell'accordo regionale di settore e dei contratti locali di
fornitura.

data

.....
 (firma)

ALLEGATO 2

Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale

Allo scopo di conseguire i risultati di qualità collegati agli obiettivi di cui al punto B.7 dell'accordo generale, gli ospedali privati di non alta specialità vengono classificati in base alla tipologia delle discipline sanitarie per cui sono accreditati, in quanto gli obiettivi applicabili possono essere diversi a seconda dell'attività sanitaria svolta.

Vengono individuate le seguenti tipologie:

ospedali polispecialistici;
ospedali chirurgici;
ospedali medici;
ospedali riabilitativi.

Il risultato di qualità si intende raggiunto con il conseguimento di un set minimo come da seguente schema :

| | |
|----------------------------|--|
| ospedali polispecialistici | 3 su 7 (4 su 9 se dotati di reparti riabilitativi) |
| ospedali chirurgici: | 2 su 5 |
| ospedali medici | 2 su 5 (3 su 7 se dotati di reparti riabilitativi) |
| ospedali riabilitativi | 2 su 5 |
| ospedali neuropsichiatrici | 2 su 5 (3 su 7 se dotati di reparti riabilitativi) |

In sede di Commissione Paritetica, in base alla valutazione dei report di monitoraggi degli obiettivi, sarà definita una scheda di valutazione delle strutture rispetto livello di raggiungimento degli obiettivi.

Viene affidato alla C.P. l'incarico di procedere alla valutazione anche in corso d'anno del grado di conseguimento dei livelli di qualità connessi agli obiettivi ed alle integrazioni e modifiche che si rendessero necessarie per adeguare gli obiettivi all'evoluzione produttiva del sistema ospedaliero regionale ed alle inerenti indicazioni programmatiche.

Restano validi i chiarimenti già forniti, su tutti gli obiettivi, dalla Commissione Paritetica a partire dall'anno 2001.

Scheda tecnica di definizione degli obiettivi

Obiettivo n. 1: Riconversione di attività in chirurgia specifica

Gli ospedali privati chirurgici e polispecialistici dovranno porre un'attenzione particolare al raggiungimento di tale obiettivo essendo per il SSR di prioritaria importanza perché rivolto a fornire adeguata risposta alla eventuale presenza di liste di attesa in determinati settori ospedalieri.

Si individuano le seguenti tipologie di interventi come particolarmente critiche e rilevanti ai fini della valutazione sul raggiungimento dell'obiettivo:

1. Protesi d'anca
2. Protesi del ginocchio
3. Cataratta
4. Ernia discale
5. Altri interventi sul ginocchio
6. Colicistectomia
7. Varici
8. Altri interventi dell'area ortopedica (MDC8).
9. Interventi dell'area otorinolaringoitrica
10. Chirurgia della mammella

L'obiettivo è da considerarsi raggiunto qualora le singole strutture abbiano un incremento per gli interventi sopra individuati di almeno 20 casi o del 5%.

Saranno valutate in maniera specifica le situazioni di quelle strutture che, pur incrementando l'attività, non raggiungano i dati incrementali di cui sopra, purchè la quota di attività dedicata alle prestazioni critiche elencate sia superiore al 30% del totale.

In sede locale potranno essere concordate in via sostitutiva prestazioni/obiettivo diverse dalle precedenti e rispondenti alle tematiche che coinvolgono la presenza di lunghe liste di attesa.

In considerazione della particolare criticità relativa ai tempi di attesa per le prestazioni di protesi d'anca, salvo particolari deroghe a livello locale, una produzione aggiuntiva pari al 10% costituisce titolo per il raggiungimento dell'intero set di obiettivi assegnati.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario residenti in Emilia-Romagna.

Rilevano inoltre anche i DRG 006 e 039 prodotti ambulatorialmente.]

Obiettivo n. 2: Progettazione di percorsi ambulatoriali

L'obiettivo è rivolto a tutte le tipologie di Ospedali Privati del gruppo di non alta specialità, compresi quelli che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Consiste nell'approntare singoli pacchetti di attività ambulatoriale mirati in modo specifico alla riduzione delle liste di attesa e non sovrapponibili con la normale committenza di settore o nel presentare un progetto di riconversione di attività, attualmente trattata in regime di ricovero sia ordinario che di day hospital, in percorsi ambulatoriali complessi ad accesso singolo o multiplo.

Il progetto, da presentare entro il 31.12 dell'anno, deve obbligatoriamente essere concordato con la AUSL di competenza territoriale e contenere il seguente set minimo di informazioni:

1. Tipologia della casistica da trattare in termini codici di patologia e prestazionali (quali DRG originano se trattati in regime di ricovero) e sua numerosità;
2. Definizione dei percorsi di accesso in termini di invii, prenotazioni e modalità erogative specifiche standard previste (un accesso o più accessi da parte del paziente);
3. Tempi di realizzazione;
4. Tariffe concordate per i diversi percorsi assistenziali.

Nell'anno successivo verrà effettuata la verifica sulla realizzazione dei progetti presentati.

Nel contempo la regione emanerà linee guida sull'argomento con particolare attenzione al momento della verifica delle congruità dei compensi e delle modalità di determinazione, programmando la revisione, se ritenuto necessario, dell'attuale assetto tariffario del comparto ambulatoriale.

[Evidenze: Accordi Locali]

Obiettivo n. 3: Messa in rete di posti letto

Partecipano a tale obiettivo tutti gli ospedali privati polispecialistici e medici.

L'obiettivo consiste nel dare la propria disponibilità, documentata negli accordi locali, all'AUSL di riferimento territoriale di una quota di PL per invii da parte delle strutture pubbliche di pazienti in lungodegenza, di pazienti acuti da P.S., di pazienti inviati nell'ambito di percorsi assistenziali esplicitamente concordati.

[Evidenze: Accordi Locali]

Obiettivo n. 4: Livello di intensività dell'attività riabilitativa.

Partecipano a tale obiettivo gli ospedali riabilitativi e gli ospedali polispecialistici e medici, e neuropsichiatrici con reparti riabilitativi.

L'obiettivo consiste nel raggiungere un incremento del numero di ricoveri di pazienti entro 30 giorni dall'evento (dimissione dal reparto acuti) dall'episodio di origine.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: ricoveri entro 30 giorni dall'evento acuto per la stessa MDC a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario, residenti in Emilia-Romagna e ospedali situati in Emilia-Romagna.

L'obiettivo deve intendersi raggiunto anche laddove, a fronte di un calo dei ricoveri, sia aumentata la percentuale di quelli effettuati nei trenta giorni.]

Obiettivo n. 5: Partecipazione all'obiettivo regionale di contenimento del tasso di ospedalizzazione per il territorio di riferimento.

Partecipano a questo obiettivo tutti gli ospedali privati dei non alta specialità, compresi quelli che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

L'obiettivo consiste nel fornire un contributo all'obiettivo dato dalla Regione alla AUSL territoriale di decremento del tasso di ricovero.

L'obiettivo viene raggiunto se a fine anno la % dei ricoverati presso la struttura di cittadini provenienti dalla AUSL di riferimento territoriale è diminuita almeno dell'1% rispetto all'anno di riferimento al netto dei ricoveri di lungodegenza e da PS (ivi compresi altri invii da strutture pubbliche).

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: numero di ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime ordinario >1 g. residenti in AUSL (o in prov. per BO) con esclusione dei neonati sani, delle dimissioni dal reparto cod.60 e, facoltativamente, dei casi inviati da strutture pubbliche.]

Obiettivo n. 6: Day surgery.

L'obiettivo è rivolto a tutti gli Ospedali privati che erogano attività chirurgica.

Consiste nel trattare in regime di day surgery un numero di casi pari al 80% con riferimento alla tipologia di interventi utilizzati per il calcolo dell'indice di day surgery, così come esplicitati nel "Glossario Indicatori" delle banca dati SDO della Regione.

L'obiettivo viene raggiunto da quegli ospedali privati che abbiano conseguito anche un aumento del 5% rispetto all'anno di riferimento quanto a numero di casi trattati, oltre al raggiungimento della quota produttiva sopra evidenziata (media regionale).

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera:

ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario di 1 g. e residenti in Emilia-Romagna, rilevano inoltre anche i DRG 006 e 039 prodotti ambulatorialmente.

L'obiettivo deve intendersi raggiunto anche laddove l'attività, partendo da una percentuale storica già alta, si attesti al di sopra del 90%.]

Obiettivo n. 7: Aumento dell'accoglienza di casi inviati da DSM.

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Considerato che tali ospedali devono essere considerati parte integrante della rete di servizio del DSM, l'obiettivo mira a rendere ancora più esplicito tale principio.

L'obiettivo infatti viene raggiunto laddove la struttura incrementi di almeno il 5% gli accessi di pazienti inviati dai DSM regionali o raggiunga comunque uno standard di almeno il 50% rispetto ai ricoveri provenienti da tutte le Aziende della Regione.

[Evidenze: autocertificazione o riscontro da parte dei DSM]

Obiettivo n. 8: Definizione di progetti di integrazione con i servizi pubblici per i trattamenti residenziali.

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

L'obiettivo consiste nel presentare un progetto, definito di concerto con la AUSL di riferimento territoriale, per il trattamento residenziale dei pazienti che rispettino le caratteristiche previste dal P.O. nazionale, vale a dire moduli organizzativi di 20 PL.

I progetti presentati devono contenere il seguente set minimo informativo:

1. Modalità di accesso;
2. Percorsi del paziente e sua presa in carico

Obiettivo n. 9: DRG ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa di cui all'allegato 5 della DGR 2126/2005 (eccetto DRG 127).

L'obiettivo è rivolto agli ospedali medici e polispecialistici.

L'obiettivo consiste nell'aver effettuato nell'anno un numero di ricoveri in regime ordinario ascrivibili ai DRG dell'Allegato 5 alla DGR 2126/2005 uguale o minore di quelli dell'anno precedente e comunque di non contribuire all'incremento % dei suddetti ricoveri sul numero totale di ricoveri.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera: ricoveri ordinari > 1 giorno a carico del SSN (onere 1,2) residenti in Emilia-Romagna con esclusione degli invii da parte del P.S. (solo se pubblico) e da parte di altra struttura pubblica. Non vengono considerate le dimissioni dai reparti 56,40,75,28,60.]

Obiettivo n. 10: quota di appropriatezza della casistica trattata

L'obiettivo è rivolto a tutte le strutture.

Consiste nell'aver trattato una casistica appropriata in una quota non inferiore al 90%. L'obiettivo si intende raggiunto qualora dai controlli effettuati dalle AUSL non emergano contestazioni in tal senso in proporzioni maggiori al 10% dei casi trattati.

[Evidenze: autocertificazione o riscontro da parte delle AUSL]

Obiettivo n. 11: Ricoveri ripetuti nell'anno

L'obiettivo è rivolto agli ospedali riabilitativi.

Consiste nel raggiungere una percentuale o un numero di pazienti ricoverati più di 2 volte nell'anno comunque non superiore a quella dell'anno di riferimento. Tale percentuale verrà valutata in sede di commissione paritetica in base ai dati consuntivi.

[Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera:

ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario residenti in Emilia-Romagna.

Dato significativo: soglia minima di 10 casi, sotto la quale l'obiettivo si considera raggiunto]

Obiettivi ulteriori di particolare interesse regionale in ambito di qualità dell'assistenza

Al fine di incentivare l'utilizzo di strumenti che impattano positivamente sulla qualità dell'assistenza, quali strumenti di valutazione del risk-management, il miglioramento della continuità assistenziale, in particolare la dimissione protetta, si ribadisce il contenuto del precedente accordo rispetto al set di obiettivi aggiuntivi di particolare interesse.

Obiettivo n. 12) Risk management

Attivazione di meccanismi di risk-management attraverso l'introduzione di strumenti di rilevazione degli incidenti (incident report) e produzione di dati da trasmettere al livello regionale come previsto dai progetti attivi in materia.

Obiettivo n. 13) Continuità assistenziale

Garanzia della continuità assistenziale, in particolare per la lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva, da valutarsi attraverso l'analisi dell'incidenza della dimissione protetta così come rilevata in scheda nosologica, nonché attraverso le valutazioni sul grado di integrazione con i servizi delle Aziende USL di competenza territoriale.

Obiettivo n. 14) Valutazione outcome in riabilitazione

Adozione di una metodologia sistematica di valutazione dell'outcome in riabilitazione.

Obiettivo n. 15) Partecipazione al programma regionale: "Sistema Integrato di Gestione delle Liste d'Attesa (SIGLA)" per i ricoveri chirurgici programmati

L'obiettivo è rivolto alle strutture chirurgiche e polispecialistiche e consiste nella concreta partecipazione al progetto.

Allegato n.3.1- Riepilogo e Schema di dettaglio dei Posti letto per tipologia e rientranti nel budget 3

Riepilogo

| | Numero posti letto rientranti budget 3 | Tariffa die (in euro) | Totale |
|--|--|------------------------------|----------------------|
| Residenze trattamento intensivo | 139 | 200 | 10.147.000,00 |
| Residenze trattamento protratto | 87 | 170 | 5.398.350,00 |
| Residenze specialistiche(psicog., doppia diagnosi) | 64 | 220 | 5.139.200,00 |
| Semiresidenze e NPIA | | funzione | 788.107,00 |
| SPOI | 78 | 300 | 8.541.000,00 |
| SPDC | 12 | funzione | 2.190.000,00 |
| Day hospital | 11 | funzione | 807.800,00 |
| DCA | 17 | Pacchetto/tariffa 220 die | 1.416.100,00 |
| Totale budget 2008 | | | 34.414.878,00 |

Allegato 3.1 Schema di dettaglio

**COMMISSIONE REGIONALE TECNICA PER LA SALUTE MENTALE
OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI PER LA NEUROPSICHIATRIA**

**ANNO 2007 - PROSPETTO AUTORIZZAZIONI, ACCREDITAMENTO E
FABBISOGNO**

| | | VILLA MARIA LUIGIA | | | | VILLA IGEEA | | | | VILLA ROSA | | | | AI COLLI | | BARUZZIANA | | V. AZZURRA | TOTALI |
|---------|-----------------------------|--------------------|-----------|----|----------------|-------------------|---------------|-----|-----------|------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|------------|---------|------------|--------|
| | | psich. (40) | riab.(56) | DH | neurolog. (32) | cod. 40 n.2.4) | cod. 56/60 | DH | cod. 40 | DH | cod. 32 | cod. 40 | cod. 32 | cod. 40 | cod. 32 | cod. 40 | cod. 32 | | |
| | reparti | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PL osp. autorizz 2006 | 102 | 30 | 6 | 10 | 165 | 50 | 10 | 65 | 1 | 16 | 80 | 10 | 50 | 10 | 100 | | | |
| | PL residenze autorizz 2006 | | | | | 25 | | | | | | | | | | | | | |
| | PL semiresid. autorizz 2006 | | | | | 47 | | | | | | | | | | | | | |
| | Budget 3 2006 | 4.009.158 | | | | 8.783.697 | | | 4.391.972 | | | 4.523.948 | | 2.824.106 | | 5.387.009 | | 29.919.890 | |
| nota A) | Totale PL: | | | | 148 | | | 297 | | +1 EMERG. | 82 | | 90 | 50 | | 100 | | 767 | |
| | PL osp. autorizz 2007 | 102 | 30 | 6 | 10 | 153 | 54 | 10 | 65 | 6 | 16 | 80 | 10 | 50 | | 100 | | | |
| | PL residenze autorizz 2007 | | | | | 33 | | 217 | | | | | | | | | | 250 | |
| | PL semiresid. autorizz 2007 | | | | | 47 | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale PL: | | | | | | | 297 | | | 88 | | 90 | 50 | | 100 | | | |
| | anno 2008 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RTI | PL autorizz. | 17 | | | | 27 | | | 18 | | | 27 | | 17 | | 49 | | 155 | |
| | PL accred. | 17 | | | | 27 | | | 18 | | | 27 | | 17 | | 49 | | 155 | |
| 200 | PL fabbisogno | 16 | | | | 22 | | | 17 | | | 24 | | 15 | | 45 | | 139 | |
| | risorse equivalenti | 1.168.000 | | | | 1.606.000 | | | 1.241.000 | | | 1.752.000 | | 1.095.000 | | 3.285.000 | | 10.147.000 | |

| RTP | PL autorizz. | 14 | 37 | 16 | 6 | 11 | 13 | 97 |
|----------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| n. 5.1) | PL accred. | 14 | 37 | 16 | 6 | 11 | 13 | 97 |
| 170 | PL fabbisogno | 11 | 36 | 14 | 5 | 9 | 12 | 87 |
| | risorse equivalenti | 682.550 | 2.233.800 | 868.700 | 310.250 | 558.450 | 744.600 | 5.398.350 |
| PR. SP. n.1.1) | PL autorizz. | 21 | 13 | 16 | 6 | 10 | 11 | 77 |
| n.3.2), 4.1) | PL accred. | 21 | 13 | 16 | 6 | 10 | 11 | 77 |
| 220 | PL fabbisogno | 18 | 10 | 15 | 5 | 8 | 8 | 64 |
| | risorse equivalenti | 1.445.400 | 803.000 | 1.204.500 | 401.500 | 642.400 | 642.400 | 5.139.200 |
| RESID. PROG. | | | | | | | | |
| SP. | PL autorizz. | | 8 | | | | | 8 |
| NPIA | PL accred. | | 8 | | | | | 8 |
| a forfait | PL fabbisogno | | | | | | | 0 |
| | risorse equivalenti | | | | | | | 0 |
| SEMIRES. | | | | | | | | |
| n.2.3) | PL autorizz. | | 47 | | | | | 47 |
| compr.NPIA | PL accred. | | 47 | | | | | 47 |
| n.2.2) | PL fabbisogno | | | | | | | 0 |
| a forfait | risorse equivalenti | | 788.107 | | | | | 788.107 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| SPOI | PL autorizz. | 18 | 14 | 14 | 13 | 17 | 14 | 90 |
| | PL accred. | 18 | 14 | 14 | 13 | 17 | 14 | 90 |
| 300 | PL fabbisogno | 15 | 12 | 12 | 12 | 15 | 12 | 78 |
| | risorse equivalenti | 1.642.500 | 1.314.000 | 1.314.000 | 1.314.000 | 1.642.500 | 1.314.000 | 8.541.000 |
| SPDC N. 2.1) | PL autorizz. | | 15 | | | | | 15 |

[illegible]

| | | | | | | | |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| BUDGET INDIVIDUALI | 5.794.396 | 9.702.298 | 4.851.285 | 3.119.452 | 4.997.063 | 5.950.383 | 34.414.877 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|

note AOP :

A) il budget 3 indicato è riferito ai reparti cod. 40 e 32 (psichiatria e neurologia); nel cod 56 di Maria Luigia si effettuano degenze di psicogeriatrica e DCA nello stesso reparto di Villa Igea attività di riabilitazione motoria. Entrambe non sono ricomprese nel budget 3.

1) CDC Ai Colli : 1.1): PR.SP x abuso-dip. da

note structure :

2) Villa Igea MO: 2.1): trattasi dell'SPDC, gestito transitoriamente per conto dell'AUSL di Modena; nel caso tale SPDC fosse trasferito e gestito da altri, Villa Igea chiede, al suo posto, un altro SPO.

2.2) e 2.3): sono nel contratto con AUSL Modena a

2.4): i posti letto autorizzati sono stati incrementati di altri 14 P.L. relativi a Casa Valentini e decrementati per n. 12 P.L. in quanto riconvertiti in cod. 56/60 (4 P.L.) e residenza NP/A (8 P.L.)

3) Villa Maria Luigia PR: 3.1): l'importo di 854.000 cod. 56 DCA rappresenta lo storico 2006

3.2) I 25 pl di PR.SP. sono suddivisi in n°. 12 di PSGR e N°. 13 di Doppia

Diagnosi.

3.4) Lo storico 2005 di PSGR è di €. 692.211,44; lo storico 2005 del DCA è di €. 598.732,07 per un totale di €. 1.290.943,51

4) Villa Azzurra : 4.1): PR.SP x abuso-dip. da alcool

5) Villa Rosa : 5.1): per LD si intendono quei pazienti ancora ricoverati secondo l'accordo Oneto (partecipazione da parte dei famigliari di quota parte per il raggiungimento della equivalente retta per ricoveri in regime ordinario.

5.2) i DCA sono attualmente pagati con la retta di una degenza a codice 40.

Attualmente l'autorizzazione è per 81 letti + 1 di emergenza ed 1 di DH.

| | Anno 2007 | Anno 2008 | Anno 2009 |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| Riepilogo budget 3: | | | |

| | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Budget anno 2006 | 30.699.78 | | |
| + quota fondo B.7 | 9 | | |
| - quota V. Chiara trasferita su budget 1 e 2 | 805.629 | | |
| + quota Villa M. Luigia da budget 1 e 2 | -800.798 | | |
| | 1.269.066 | | |
| Totale Budget 3 | 31.973.68 | | |
| | 6 | | |
| Totale con adeguamento regionale (4,5%, 3%, 3%) | 33.412.50 | 34.414.87 | 35.447.32 |
| | 2 | 7 | 3 |

Allegato n. 3.2 – Disciplinare SPOI

**SERVIZI PSICHIATRICI OSPEDALIERI INTENSIVI (SPOI)
E RETE INTEGRATA DEL RICOVERO PER ACUTI NEI DSM**

La missione del S.P.O.I. è di accogliere e trattare in condizioni di degenza ospedaliera situazioni di **crisi** e/o di **acuzie** psichiatrica con particolare attenzione al bacino di utenza di riferimento, nell'ambito di specifici accordi con i Dipartimenti di Salute Mentale competenti per territorio.

E' compito del S.P.O.I.:

1. Garantire un percorso di **osservazione e valutazione** della crisi, sia sul piano clinico e psicopatologico attuale che per le componenti legate al contesto ambientale di riferimento del paziente;
2. attivare gli interventi necessari alla **risoluzione o stabilizzazione** del quadro;
3. fornire **indicazioni necessarie al trattamento** del caso, secondo definiti orientamenti diagnostici, ed impostare gli ulteriori trattamenti necessari da effettuarsi al domicilio dell'utente, o in altri contesti residenziali, in coerenza con la continuità terapeutica;
4. coerentemente con la propria natura ospedaliera il SPOI opera nell'ambito di un contesto sanitario, garantendo quindi la piena disponibilità dei trattamenti medico-biologici e psichiatrici sul caso, e agisce nell'ambito di una filosofia di risoluzione attiva della crisi, che prevede un contenimento dei tempi di degenza finalizzata a questa urgenza, anche al fine di prevenire la cronicizzazione.

Il ricovero effettuato presso il S.P.O.I. è parte del continuum dei trattamenti di salute mentale attivati per la popolazione di riferimento; come tale è da considerare uno degli interventi qualificanti il **lavoro in rete** dei servizi pubblici e privati; le **modalità di integrazione** con i restanti servizi che operano per la salute mentale presenti sul territorio devono essere definite in specifici protocolli di intesa, monitorati e verificati periodicamente.

La decisione di effettuare il ricovero presso il S.P.O.I. non deve costituire un elemento di discontinuità nell'ambito dei percorsi di salute mentale attivati per il paziente, al contrario si devono realizzare condizioni di **effettiva continuità terapeutica**; a questo fine sono da prevedere:

- **raccordi** puntuali tra le équipe curanti (interne ed esterne)
- programmazione eventuale di **interventi congiunti** durante il ricovero
- interventi di verifica dell'**adesione al trattamento** nel suo complesso ed azioni terapeutiche tese a facilitare, con il miglioramento clinico, la realizzazione del **progetto terapeutico** concordato o eventuali variazioni dello stesso nella prospettiva della dimissione.

Si rende necessario predisporre un monitoraggio dei ricoveri effettuati presso il S.P.O.I. al fine di:

- a) verificare l'appropriatezza degli stessi rispetto alla mission definita
- b) ottenere elementi conoscitivi in relazione alle modalità di attuazione dei ricoveri, alle criticità eventualmente emerse, ai punti di forza evidenziati
- c) evidenziare i percorsi di cura dei pazienti alla dimissione, in termini di continuità terapeutica rispetto al progetto, o in termini di drop out dai servizi (da considerarsi alla stregua di "eventi sentinella")

Il S.P.O.I. non è una struttura afferente al Dipartimento di Emergenza Accettazione.

Ai fini dell'accreditamento, nella realtà attuale, i S.P.O.I. non sono da considerarsi strutture di nuova costituzione.

Il S.P.O.I. garantisce l'accesso, per i ricoveri urgenti che rispondono ai criteri stabiliti negli accordi con il/i DSM di riferimento, sulle 24 ore.

Durante le ore notturne, i giorni prefestivi e festivi gli accessi avvengono su invio del Pronto Soccorso/SPDC .

E' altresì garantita la modalità di accesso **programmata**, secondo standard garantiti e negoziati in sede locale.

La modalità di accesso al S.P.O.I. è sempre quella del **ricovero volontario**.

E' necessario organizzare in rete l'accesso, soprattutto in relazione al ricovero urgente da effettuarsi entro le 24 ore.

A questo fine occorre predisporre un **monitoraggio in tempo reale ("cruscotto")** dei posti letto disponibili per questa tipologia di ricovero. Alla luce di sperimentazioni già attuate di "cruscotto psichiatrico" in regione, e tenendo conto delle specifiche realtà locali, sarà necessario predisporre un sistema organizzato di accesso per i ricoveri psichiatrici urgenti che comprenda i S.P.O.I. presenti sul territorio, e che sia in grado di governare l'accesso ottimizzando l'utilizzo delle risorse per consentire, tra gli altri, anche la realizzazione dell'obiettivo dell'abbattimento dei ricoveri psichiatrici urgenti fuori regione.

I ricoveri presso i S.P.O.I. presenti sul territorio regionale, congiuntamente ai ricoveri presso i S.P.D.C., dovranno complessivamente fornire una risposta adeguata ai bisogni della popolazione relativi ai casi di **acuzie sintomatologica**, e questo sia per le situazioni acute relative ai **pazienti più gravi** dal punto di vista diagnostico e prognostico, sia per le situazioni acute che si presentano in **pazienti con livelli di gravità media o lieve**.

In questo senso dovranno essere previste modalità di integrazione tra le strutture di ricovero citate, che consentano di garantire una risposta adeguata alle richieste di **ricovero urgente**, così come già avviene attualmente nell'ambito del ricovero programmato, anche tramite la eventuale definizione di bacini territoriali di riferimento.

La tipologia di ricovero descritta deve prevedere tempi contenuti di trattamento. La **metodologia di lavoro** adottata nel S.P.O.I. deve essere a **breve termine**, fortemente orientata al trattamento della crisi con miglioramento sintomatologico ed alla rapida impostazione di un progetto di trattamento da continuare dopo la dimissione. Sono elementi costitutivi della metodologia di lavoro:

- interventi terapeutici per il contenimento della crisi

- azioni tese a migliorare la sicurezza del paziente (e famigliari)
- attività supporto al paziente
- chiarificazione del setting e dei programmi terapeutici
- coinvolgimento attivo di paziente e famigliari nei percorsi di cura
- azioni volte al miglioramento della consapevolezza del disturbo
- raccordo in tempi brevi con i servizi esterni per concordare il percorso terapeutico successivo alla fase acuta

Il S.P.O.I. garantisce adeguate garanzie relative agli **aspetti medico-biologici** della cura. La connotazione ospedaliera della struttura consente l'effettuazione ed il monitoraggio di tutti i necessari **trattamenti farmacologici** psichiatrici; consente altresì l'effettuazione delle **indagini diagnostiche** laboratoristiche e strumentali connesse con le terapie effettuate; consente inoltre l'attivazione di **consulenze** specialistiche internistiche e/o chirurgiche per eventuali patologie organiche sovrapposte.

Qualora, pur in presenza di una sintomatologia psichiatrica sia prevalente la sintomatologia derivata da disturbi di natura internistica (o chirurgica), non si ritiene appropriato il ricovero presso il S.P.O.I.: deve essere prevista la possibilità di trasferimento di queste situazioni cliniche presso altri reparti inseriti nell'ambito degli ospedali generali.

Gli interventi/progetti riabilitativi propriamente detti non costituiscono compito dei S.P.O.I..

L'attivazione di tali percorsi richiederebbe tempi di effettuazione, modalità di attuazione, impiego quali-quantitativo di risorse non compatibili con il lavoro specifico sulle fasi acute che si richiede a questa tipologia di struttura.

E' invece auspicabile la realizzazione di attività terapeutico-riabilitative di base, orientate alla **cura di sé**.

Impegni:

Impegni della Commissione Locale di Monitoraggio:

- effettuazione del monitoraggio dell'accordo a livello locale e di area vasta
- effettuazione del monitoraggio relativo alla riduzione dei ricoveri di cittadini emiliano-romagnoli fuori dalla Regione
- condivisione di progetti formativi in materia di governo clinico ed in materia medico-legale
- verifica della diminuzione dell'indice di occupazione dei posti letto degli SPDC, laddove esiste questa criticità

Impegni della Commissione Paritetica Psichiatrica Regione Emilia-Romagna:

- effettuazione del monitoraggio dell'accordo a livello regionale, con particolare attenzione a risultati attesi e costi sostenuti

Allegato 3.3

COMMISSIONE TECNICA PER LA SALUTE MENTALE (delibera Giunta Regionale n. 2403/2004)

SINTESI DELLA PROPOSTA FUNZIONALE ED ECONOMICA RELATIVA ALL'OFFERTA IN CAMPO PSICHIATRICO DEGLI OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI ADERENTI ALL'AIOP.

Sintesi delle Conclusioni dei lavori svolti dalla Commissione Paritetica AIOP - Regione Emilia Romagna in materia di salute mentale

La Commissione, istituita con delibera di Giunta Regionale n. 2403/2004, e formata attraverso determina della Direzione Generale n. 9141 del 29 giugno 2005, e n. 9598 del 7 luglio 2006, composta da:

- dott. Giovanni Neri – DSM di Modena
- dott. Filippo Renda – DSM di Bologna
- dott. Luigi Missiroli – DSM di Forlì
- dott. Angelo Fioritti – Regione Emilia-Romagna
- dott. Stefano Liverani - Regione Emilia-Romagna
- dott. Eleonora Verdini - Regione Emilia-Romagna
- dott.ssa Laura Melandri - Regione Emilia-Romagna
- dott.ssa Maria Vizioli - Regione Emilia-Romagna
- dott. Franco Neri – AIOP
- dott. Alberto Breschi – AIOP
- dott. Paolo Toselli – AIOP
- dott. Leo Lo Russo – AIOP
- prof. Giuliano Turrini – AIOP
- rag. Lorenzo Orta – AIOP
- dott. Forghieri Pierluigi – AIOP
- dott. Guerra Oscar - AIOP

ha svolto il proprio mandato, attraverso numerosi incontri, tenutisi presso la Sede della Regione Emilia-Romagna, ed è giunta alla seguente formulazione di proposta da sottoporre all'Assessorato alla Salute ed ai Servizi pubblici e privati che operano nell'area della salute mentale da porre a base delle future intese riguardanti l'area della salute mentale con riferimento ai temi dell'offerta residenziale e ospedaliera, dell'accreditamento, della committenza regionale, dei servizi correlati e delle condizioni economiche di remunerazione.

Il contesto

La Commissione ha condiviso una valutazione della realtà esistente secondo la quale nello scenario attuale, che presenta bisogni assistenziali molto diversificati, si rende necessaria una puntuale programmazione delle politiche di salute mentale, in particolare nell'area della residenzialità e del ricovero, che sviluppi l'efficacia, l'appropriatezza e la valorizzazione delle risorse fornite dal sistema dei servizi della salute mentale.

In tale prospettiva, è necessario procedere lungo tre direttive principali:

- specializzazione dell'offerta dei servizi AIOP, attualmente indistinta e gravante interamente sul cod 40 SDO;
- specializzazione e qualificazione che rispetti criteri e protocolli previsti dal percorso dell'accreditamento istituzionale dei servizi pubblici;
- maggiore qualificazione del servizio privato al fine di raggiungere più ampia appropriatezza e continuità terapeutica assistenziale.

L'attuale offerta di posti letto dell'ospedalità privata in ambito neuro-psichiatrico è suddivisa tra 6 strutture operanti, nelle tre macro aree di riferimento, ed abilitate ad offrire prestazioni sia a cittadini residenti nel proprio territorio che a quelli residenti in altre AUSL della Regione ed a cittadini in mobilità interregionale o stranieri. Attualmente, le specialità di pertinenza neuro-psichiatrica sono 2

| Strutture | | Tipo struttura | | Totale |
|--------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------|--------|
| | | Accreditato e committenza RER | accreditato | |
| Villa Maria Luigia | 032 - neurologia | 7 | 3 | 10 |
| | 040 - psichiatria | 76 | 26 | 102 |
| | 056- recupero e riab. | 36 | 0 | 36 |

| | | | | |
|---|-----------------------|------------|-----------|------------|
| | Totale | 119 | 29 | 148 |
| Villa Igea | 040 - psichiatria | 141 | 34 | 175 |
| | 056- recupero e riab. | 50 | 0 | 50 |
| | Totale | 191 | 34 | 225 |
| Villa Rosa | 032 - neurologia | 16 | 0 | 16 |
| | 040 - psichiatria | 66 | 0 | 66 |
| | Totale | 82 | 0 | 82 |
| Villa Baruzziana | 032 - neurologia | 9 | 1 | 10 |
| | 040 - psichiatria | 70 | 10 | 80 |
| | Totale | 79 | 11 | 90 |
| Ai Colli | 040 - psichiatria | 48 | 2 | 50 |
| | Totale | 48 | 2 | 50 |
| Villa Azzurra | 040 - psichiatria | 98 | 0 | 98 |
| | Totale | 98 | 0 | 98 |
| Regione - totale cod. 32 - neurologia | | 32 | 4 | 36 |
| Regione - totale cod. 40 - psichiatria | | 499 | 72 | 571 |
| Regione - totale cod. 56 - recupero e riabilitazione | | 86 | 0 | 86 |

Ai sensi dell'Accordo Regionale Triennale 2004-2006 i posti letto autorizzati sono tutti transitoriamente accreditati, mentre il budget di riferimento della neuro-psichiatria stanZIA riserve equivalenti ad una media pro-die di utilizzo (al netto della riconversione totale operata nell'anno 2006 sui posti letto di Villa Chiara di cod. 40) di circa 467 posti letto.

Tenuto conto di quanto sopra delineato, si formula la seguente proposta, contenente schemi di funzionamento e di finanziamento dell'offerta in campo psichiatrico degli ospedali privati accreditati dell'AIOP.

La componente residenziale

La più importante innovazione, prende avvio dall'applicazione della delibera di Giunta n. 327/2004, e prevede una trasformazione di parte degli attuali posti letto ospedalieri in posti letto residenziali. Questo allo scopo di meglio adattarsi da un lato al profilo epidemiologico di una grande parte dell'utenza in carico e proveniente dai DSM della Regione, dall'altro di giungere ad una migliore integrazione delle risorse esistenti nella rete dei Servizi che operano nel settore della salute mentale.

La riconversione da posti letto ospedalieri, di tipo generico, a posti letto residenziali, anche con diverse caratteristiche di specializzazione, risponde alla sempre più pressante richiesta del territorio, di prevedere percorsi terapeutici basati sulle necessità dell'utente, sulla necessità di riferirsi ad un piano terapeutico che non può e non deve esaurirsi nel ricovero ospedaliero, nella necessità di fornire al paziente opportunità di riabilitazione anche nei primi giorni di intervento residenziale.

I profili epidemiologici dei pazienti che accedono a questa tipologia di inserimento, rispondono e fanno riferimento ai provvedimenti legislativi ed amministrativi in vigore a livello regionale e nazionale.

Una sintesi dei diversi profili e dei criteri di presa in cura utili a precisare le principali differenze che connotano l'accesso a tale offerta terapeutica rispetto alla componente ospedaliera (SPOI), ed alle specializzazioni che verranno a crearsi all'interno di questa tipologia, è stata dettagliata ad opera di un Gruppo Regionale composto da professionisti dell'ospitalità privata e dei DSM (impegno 1² - allegato sub 2)

La componente residenziale sarà accreditata definitivamente con un totale di 314 posti letto (decisione 2³) e completamente utilizzata nell'ambito del budget 3 regionale e quindi al servizio della cittadinanza regionale nella sua dimensione complessiva e parimenti oggetto di committenza. Tale quota dovrà permettere di accreditare una porzione di PL leggermente superiore rispetto al fabbisogno per permettere il pieno utilizzo dei PL oggetto di committenza.

All'interno della componente residenziale saranno disponibili, ed oggetto di committenza, anche le prestazioni di tipo specialistico (PR.SP.: indicativamente psicogeriatrica, doppia diagnosi, neuropsichiatria età evolutiva, ecc.), secondo canoni disciplinari e criteri da concordare e verificare ogni tre anni, sia in sede di prosieguo dei lavori della Commissione Paritetica Psichiatrica, sia, conseguentemente, in sede locale in ogni singolo Dipartimento.

² Impegno 1. costituzione di un gruppo di professionisti pubblico-privato per la definizione dei profili e criteri di presa in cura (per parte AIOP: Lo Russo, Neri, Turrini, per parte pubblica Fioritti, Neri, Ravanni, Vanni).

³ Proposta di fissare a 304 posti letto l'offerta residenziale e quindi la dimensione del fabbisogno, e a 314 pl i posti accreditati (AIOP)

Le tariffe, sulle quali la Commissione concorda, potranno essere orientativamente così articolate (impegno 3):

| | |
|--------------|------------------|
| RTP | : 170 €. pro-die |
| RTI | : 200 €. pro-die |
| PR.SP in RTI | : 220 €. Pro-die |

nota ⁴

In caso di sovrautilizzo rispetto ai volumi commissionati occorrerà rivedere, anche con cadenza trimestrale, il piano di committenza. A tale scopo verrà costituita presso l'Azienda USI sul cui territorio insiste la struttura privata, una Commissione Locale di Monitoraggio a questo accordo, eventualmente estesa all'area vasta, che potrà decidere ed adottare tempestivi correttivi nei casi di sovra e sotto-utilizzo. A tale Commissione competerà fissare annualmente il piano di committenza locale e/o di area vasta. In caso di sovrautilizzo le Aziende AUSL dovranno farsi carico della produzione eccedente il 100% del commissionato come quota ad invio diretto, secondo i criteri e le modalità che verranno fissate a livello di contrattazione locale.

La componente ospedaliera

1.1. Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo

Un primo settore denominato SPOI (servizio psichiatrico ospedaliero intensivo), suddiviso in nuclei da 10/18 posti letto per un totale regionale di 80/90 posti letto. Si tratta di un reparto, che garantisce l'accesso su 24 ore giornaliere (tema approfondito nel disciplinare SPOI), molto simile a quello dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con requisiti più attenuati, senza prevedere la possibilità di effettuare ricoveri obbligatori (TSO). Il reparto SPOI risulta destinato al trattamento di una casistica complessa, meno grave e volontaria, anche se acuta.

Il settore potrà essere integrato con una dotazione aggiuntiva di posti letto in Day Hospital o in Centro Diurno. La spesa sarà per funzione e non per singoli posti letto, e corrisposta in regime intra o extra budget, previo accordo con le singole Aziende committenti.

Il disciplinare SPOI è stato realizzato dallo stesso gruppo di professionisti incaricato sulla base dell'impegno n. 1 e integrato con figure a valenza amministrativa (impegno n. 5⁵), ed è allegato sub 2; trattandosi di un reparto ad alta intensità assistenziale l'indicazione tariffaria condivisa per tale reparto è pari a circa 300 €. pro-die.

L'accesso è normalmente riservato al DSM con punte ottimali di invii oltre l'80% dell'intera occupazione e potrà essere disposto per la parte non oggetto di invio diretto con prescrizione medico pubblica (medico di base o specialista esterno alla struttura), produce la SDO (con codice 40.2) e potrà accogliere anche pazienti fuori regione, nel rispetto delle citate priorità occupazionali del DSM.

E' pertanto necessario per accedere a tale reparto, il possesso del modello unico di richiesta che deve essere compilato da un professionista afferente al Servizio Sanitario regionale. Non è quindi possibile l'inserimento in accesso diretto.

1.2. La componente ospedaliera riabilitativa

Un secondo settore ospedaliero ospiterà reparti riabilitativi (Cod. 56), di cui una parte destinati ai trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare (reparti DCA). La porzione oggetto di committenza regionale è limitata ai reparti DCA e si attesta sui 29 PL, mentre la dimensione dell'accreditamento dei reparti riabilitativi (e quindi autorizzatoria) viene comunque dettagliata nel prospetto sintetico evidenziato in calce come assetto di convergenza condiviso in commissione dalle singole strutture partecipanti.

La tariffa indicata è quella attuale (DGR 16/12/2002 n. 2582) collegata all'insieme del percorso terapeutico multidisciplinare di durata prolungata con i dovuti aggiustamenti dovuti alla dinamica inflattiva e dei costi di esercizio (adeguamento a € 30.000 per ricoveri tipo A e ad € 16.200 per ricoveri tipo B con paritario adeguamento percentuale delle interruzioni di programma); tenuto inoltre conto del fatto che possono sussistere necessità di ricovero limitate a solo una parte dell'intero trattamento, si ritiene di poter concordare per tali casi una tariffa giornaliera pari a quella delle prestazioni specialistiche residenziali (€ 220 pro die) –

⁴ Per quanto riguarda la neuropsichiatria dell'età evolutiva la Commissione raccomanda che si proceda ad una valutazione della congruità della tariffa in funzione dei requisiti di accreditamento di prossima emanazione ed una differenziazione che tenga conto delle risorse necessarie e delle diverse tipologie di attività

⁵ gruppo di lavoro pubblico-privato che fissa criteri organizzativi di funzionamento del reparto e presa in cura dei pazienti

Il protocollo diagnostico – terapeutico , a cui è collegata la connessa valorizzazione del trattamento complessivo “a pacchetto”, deve essere condiviso dall'Azienda USL di residenza, in conformità alla citata DGR 2582/2002. Trattandosi di una modalità di retribuzione particolare, anche per gli extra Regione, è necessaria l'autorizzazione dell'Azienda USI inviante, con la condivisione della tariffa; in tali casi si procederà a fatturazione diretta da parte della struttura con pagamento diretto da parte della Azienda USL di residenza.

Per la funzione DCA i PL accreditati dovranno soddisfare sia le esigenze regionali (budget 3) che le esigenze di committenza extra-regione.

Per accedere a tale componente è necessario il modello unico di richiesta, che deve essere compilato da un professionista afferente al Servizio Sanitario Regionale o Nazionale (medico di base o specialista esterno alla struttura). Non è quindi possibile l'inserimento in accesso diretto senza prescrizione medica esterna alla struttura.

1.3 La componente ospedaliera di Psichiatria Generale

La restante porzione di PL autorizzati e non oggetto di committenza permane comunque in accreditamento come codice 40.3, con remunerazione a tariffa regionale. E' destinata ad assolvere necessità assistenziali di psichiatria generale diverse da quelle oggetto di committenza regionale.

Anche per questi reparti, si procederà ad adottare gli opportuni atti per il completamento dell'accREDITAMENTO definitivo, senza implicazioni sulla natura e sulla dimensione della committenza intra regionale.

Il corrispettivo di riferimento per tali prestazioni, fissato dalle deliberazioni della Regione Emilia-Romagna in materia tariffaria, viene parificato alla remunerazione per attività residenziale psichiatrica (RTI); attualmente, come previsto dal presente accordo, in euro 200 giornaliero con abbattimento del 20% oltre il 21° giorno di degenza, e del 40% oltre il 30° giorno. Si propone comunque che tali abbattimenti non riducano l'importo medio del corrispettivo giornaliero al di sotto della tariffa per la lungodegenza.

Gli ospedali privati ed i DSM

I rappresentanti delle strutture private dovranno partecipare ai comitati di dipartimento competenti territorialmente (un rappresentante o più, per ogni struttura) con particolare riferimento ai temi della programmazione sanitaria, governo clinico, organizzazione e integrazione tra servizi pubblici e privati accreditati .

L'esistenza di procedure e criteri di accesso condivisi tra DSM e strutture AIOP, da attuarsi mediante partecipazione ai lavori del comitato di dipartimento, è requisito necessario al fine del raggiungimento degli obiettivi che questa proposta comporta. A seguito dell'integrazione nel DSM , a cui consegue la condivisione delle procedure e dei criteri di presa in carico, la facoltà di accesso, ferma restando in capo al DSM la titolarità prioritaria anche in materia di fissazione della disciplina operativa, verrà estesa alla componente professionale medica delle singole strutture AIOP. La verifica e manutenzione dei criteri e delle procedure sarà cura dei Comitati di Direzione dei DSM, ai cui lavori parteciperanno stabilmente i rappresentanti delle strutture AIOP.

Commissione Locale di Monitoraggio e Commissione Regionale Paritetica per la Salute mentale: sono questi i due strumenti con cui monitorare l'applicazione di questo progetto e del correlato accordo regionale . Sono entrambe formate da tre rappresentanti di parte pubblica e tre rappresentanti di parte privata.

Autorizzazione ed accreditamento

Le conclusioni dei lavori della Commissione ribadiscono la necessità che in capo alle 6 strutture partecipanti all'Accordo Regionale permanga l'autorizzazione ospedaliera, come da esse già ottenuta in via provvisoria o definitiva ai sensi della DGR 327/2004, con i conseguenti obblighi in campo strutturale, organizzativo e tecnologico, e che detta autorizzazione di tipo ospedaliero sia riferita alla totalità dei posti letto, con le varianti disciplinari che potranno essere accordate in sede applicativa dei singoli accordi locali. Ciò non impedisce però che l'accREDITAMENTO, come delineato dalla stessa DGR 327/2004, sia sul piano funzionale diversamente articolato, prevedendosi per una porzione dei posti letto un regime di funzionamento in ambito residenziale (RTI e RTP in contesto ospedaliero) e per la parte restante, la prosecuzione dell'attuale accREDITAMENTO ospedaliero da transitorio a definitivo, come precedentemente dettagliato.

Ai fini di cui sopra e per meglio illustrare i presupposti dell'assetto complessivo del sistema, si chiarisce che l'accREDITAMENTO, sia per la parte residenziale che per quella strettamente ospedaliera, continuerà a investire l'intera dotazione di PL autorizzati mentre l'utilizzo, in termini di risorse stanziati dall'Accordo Regionale in area psichiatrica per prestazioni assistenziali verso cittadini residenti (budget 3), sarà definito in termini economici sulla base della trattativa regionale e riversato, in termini prestazionali, su una porzione di PL autorizzati/accreditati equivalenti al monte risorse e corrispondenti alle assegnazioni evidenziate nel prospetto allegato sub 1 .

La Commissione propone il suddetto allegato come stima della dimensione indicativa delle risorse necessarie in funzione delle tariffe applicabili e del fabbisogno espresso per ogni tipologia assistenziale, senza la pretesa di delimitare i volumi da attribuirsi ai singoli settori o di anticipare le funzionalità dei budget regionale e locali.

La componente residenziale accreditata RTI/RTP dovrà avvalersi di criteri di accreditamento applicati ed adattati all'esigenza di tener conto della specifica collocazione dei reparti in ambito ospedaliero

Tali criteri potranno derivare dall'adattamento in via interpretativa dell'attuale griglia di requisiti specifici ex DGR 327/2004 alla particolare realtà ospitante e quindi alle peculiarità strutturali, tecniche ed organizzative proprie di un ambiente protetto e connotato per sua natura da modelli e tipologie specifiche a valenza ospedaliera, ed in particolare tengono conto della circostanza che la prevista trasformazione delle strutture prevede la contiguità tra loro dei reparti residenziali e dei S.P.O.I., con conseguenti sinergie e condivisioni di risorse.

La componente ospedaliera 40.2 (S.P.O.I.) dovrà essere accreditata con requisiti "SPDC- adattati" in ragione della minore intensità assistenziale richiesta (vedasi quanto argomentato nella relazione allegata sub 2). Tale settore viene modellato sulla base di una recente iniziativa svolta in ambito pubblico in una realtà di recente istituzione e trae spunto dal disciplinare di funzionamento degli SPDC (cod. 40.1).

La restante dotazione di posti letto ospedaliera (destinata alla riabilitazione e alla porzione di attività in psichiatria generale non oggetto di committenza – 40.3), vedrà i requisiti di accreditamento fissati nel primo caso mediante applicazione analogica dei requisiti esistenti applicabili alla riabilitazione con gli opportuni adattamenti alle specifiche realtà e patologie oggetto di trattamento (DCA e psicogeriatrica), nel secondo mediante applicazione analogica dei requisiti fissati per le strutture residenziali RTI (come da tabelle del precedente allegato 3.1).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 dicembre 2007, n. 1920

Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2007

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate la propria deliberazione 1121/06, con la quale si è provveduto alla determinazione delle tariffe di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2006;

tenuto presente che ai sensi dell'art. 8 sexies del DLgs n. 502 del 30/12/1992 e successive modificazioni di riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23/10/1992, n. 421:

- a) la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day-hospital, è determinata in base a tariffe predefinite (comma 4);
- b) i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta (comma 3);
- c) il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, e stabilisce i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse (comma 5);
- d) con la stessa procedura di cui alla lettera precedente sono effettuati periodicamente le revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi (comma 6);
- e) il Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari regionali, con apposito Decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza (comma 8);

richiamati:

- il Decreto del Ministero della Salute del 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie" che stabilisce all'art. 2, comma 5 che gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali superiori a quanto determinato dal Decreto medesimo restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe definite dal Decreto Ministeriale;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", in particolare l'allegato 2C che individua un elenco di DRG ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa se

erogati in degenza ordinaria, demandando alle regioni la definizione di soglie di ammissibilità;

- la delibera di Giunta regionale 2126/05 che con l'allegato 6 integrava l'elenco di DRG di cui al punto precedente;

considerato:

- che la Direzione generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna ha avviato un programma di analisi dei costi di produzione ospedalieri per i ricoveri acuti in regime ordinario attraverso l'utilizzo del software 3M "Cost Allocation Management System" (CAMS), come da determinazione n. 018407 del 29/12/2006, che è il medesimo strumento utilizzato per la definizione delle tariffe ospedaliere, elaborando dati di costo e di attività aggiornati all'anno 2005;
- che il programma di cui sopra è stato portato a conclusione per l'analisi dei dati dell'anno 2005 per quel che riguarda le Aziende Ospedaliere-Universitarie, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, ed è in corso di avanzata elaborazione per quanto riguarda un consistente campione di ospedali a gestione diretta, fornendo concreti elementi di valutazione e possibilità di analisi comparative, facendo emergere aree di particolare criticità dal punto di vista della copertura tariffaria rispetto ai costi di produzione evidenziati;
- che per il terzo anno consecutivo è stato sviluppato il progetto "Atlante della appropriatezza organizzativa" (Dossier dell'ASR n. 132/2006), da parte della Agenzia Sanitaria regionale, che individua, per i 62 DRG di cui all'allegato 6 della delibera di Giunta regionale 2126/05 sopra richiamata "potenzialmente inappropriati", tre gruppi di ricoveri: inappropriati, appropriati tempestivi, appropriati tardivi, attraverso il sistema del Disease Staging, applicando i criteri di appropriatezza sviluppati dal Jefferson Medical College e validati da un panel di clinici della nostra Regione;
- che la promozione di un appropriato utilizzo dell'assistenza ospedaliera rappresenta un tratto caratteristico della politica sanitaria della Regione Emilia-Romagna e che fin dal 1999 la politica tariffaria regionale ha avuto, fra gli altri, l'obiettivo non secondario di disincentivare il ricorso al ricovero ordinario per attività e problemi clinici che possono essere trattati con pari efficacia e sicurezza in regimi assistenziali meno onerosi;

dato atto:

- che i dati di attività rilevano un decremento dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario pari al 19,4%, e che la casistica trattata in regime di ricovero ordinario, secondo la classificazione definita dall'"Atlante della appropriatezza organizzativa" sopra citato è considerata in gran parte "appropriata";
- che i dati scaturiti dal progetto CAMS evidenziano un fortissimo disallineamento fra i costi di produzione di alcuni di questi DRG e le tariffe in vigore in Regione, anche per effetto delle politiche tariffarie attuate al fine di incentivare regimi assistenziali più appropriati dal punto di vista organizzativo;

considerato, altresì, che le suddette tariffe risultano largamente inferiori a quelle previste dal Decreto del Ministero della salute del 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie";

tenuto conto del fatto che il trattamento in regime ordinario, qualora definito appropriato, di tale casistica prospetta un assorbimento di risorse particolarmente oneroso in quanto trattasi di casi appartenenti ad uno stadio più severo della patologia;

atteso che una sottovalutazione tariffaria potrebbe creare problemi di congruità assistenziale;

ritenuto pertanto, che l'incremento che si va ad attuare per alcuni DRG che dall'analisi dei costi risultano particolarmente critici in termine di differenziale costi e tariffe non porta a tariffe superiori a quelle definite dal già citato decreto ministeriale e

che i DRG dell'area parto, non rientrano fra quelli di cui all'allegato 6 della DGR 2126/05;

dato atto che per il DRG 483 – Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei, la suddetta analisi dei costi evidenzia una sopravvalutazione tariffaria, anche in considerazione della particolarità di tale DRG, si ritiene opportuno ridurre la tariffa rapportandola ai costi delle Aziende;

considerato altresì che, per quanto riguarda la lungodegenza, nonostante la tariffa regionale sia superiore a quella definita dal DM sopra citato, si ritiene opportuno incrementarne la tariffa giornaliera del 4% per i soli casi di invio diretto da struttura per acuti e che all'interno del medesimo episodio di cura non ricevano anche la remunerazione della parte acuta del ricovero (casi entrati ed usciti da cod. 60, inviati da strutture pubbliche per acuti); tale incremento si inquadra sia nella positiva valutazione della evoluzione della lungodegenza generica verso una attività di post acuzie sia nel riconoscimento del ruolo fondamentale che tale funzione riveste nel rendere più efficiente l'utilizzo delle strutture per acuti;

dato atto che la produzione dell'anno 2006 per i 62 DRG di cui all'allegato 6 della citata delibera di Giunta regionale 2126/05 viene considerata quale limite massimo per l'applicazione delle tariffe definite e che la produzione in eccesso, al fine di prevenire eventuali comportamenti opportunistici, vedrà un abbattimento pari al 20%;

ritenuto altresì che il livello di compatibilità economica fra gli incrementi tariffari e le risorse regionali assegnate al livello "assistenza ospedaliera" debba attestarsi al 2% medio regionale;

considerato che l'impatto dell'incremento del costo del lavoro dovuto ai rinnovi contrattuali non si distribuisce in maniera uniforme in quanto vi sono attività con assorbimento di manodopera maggiore e ritenuto pertanto importante tenere in considerazione tale fattore di costo nel definire la tipologia di prestazioni a cui attribuire incrementi tariffari superiori alla media regionale sopra stabilita;

dato atto che il DH medico è sempre più sostituito dal Day Service, quale livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato, e pertanto non ritenendo opportuno procedere a variazioni tariffarie riguardanti DRG erogate in regime di day hospital medico fino a 3 accessi;

reputato opportuno aggiornare l'elenco delle strutture che possono usufruire dell'integrazione tariffaria per le protesi co-cleari di cui all'allegato n. 5 in coerenza con l'attività svolta e con la programmazione territoriale e considerato altresì opportuno inserire fra le protesi da valorizzare aggiuntivamente il neuro stimolatore vagale già presente nel testo unico per la compensazione del 2006;

ritenuto necessario addivenire all'aggiornamento del valore soglia del numero di giornate di degenza oltre il quale si usufruisce di una integrazione tariffaria pro die aggiuntiva alla tariffa DRG, con i dati di attività dell'anno 2006;

dato atto, ai sensi dell'art. 37, comma 4 della L.R. 43/01 e successive modifiche e della propria deliberazione 450/07, del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale alla Sanità e Politiche sociali, dott. Leonida Grisendi;

acquisito il parere della Commissione assembleare "Politiche per la salute e Politiche sociali" espresso nella seduta del 5 dicembre 2007;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di adottare, per le motivazioni definite in premessa, le tariffe di cui agli Allegati n. 2, 3.1, 3.2 e 4;

2) di stabilire che tali tariffe siano integrate con quanto definito nell'Allegato n. 5;

3) di stabilire la decorrenza delle tariffe definite nel presente atto a far data dall'1/1/2007;

4) di stabilire che le funzioni di controllo vengano esercitate sulla base dei criteri definiti dall'Allegato 7 della delibera di Giunta regionale 2126/05, rinviando ad uno specifico atto successivo la ridefinizione e l'aggiornamento delle indicazioni per la valorizzazione delle funzioni di controllo aziendali e regionali;

5) di dare atto che gli Allegati 1, 2, 3.1, 3.2, 4 e 5 al presente provvedimento deliberativo ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

6) di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo degli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna

(segue allegato fotografato)

Allegato n.1**CLASSIFICAZIONE DEGLI STABILIMENTI OSPEDALIERI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DELLE
TARiffe DRG
REGIONE EMILIA ROMAGNA*****Stabilimenti ospedalieri di fascia A***

| | |
|----------|--|
| 080004 | -PIACENZA |
| 08003110 | -BAGGIOVARA |
| 08004401 | -IMOLA |
| 08005301 | -MAGGIORE - BO |
| 08005302 | -BELLARIA – BO |
| 080072 | -RAVENNA |
| 08008501 | -FORLI' |
| 08009101 | -CESENA |
| 08009501 | -RIMINI |
| 080121 | -I.R.S.T. SRL ISTITUTO SCIENTIFICO ROMAGNOLO |
| 080902 | -Azienda ospedaliera di PARMA |
| 080903 | -Azienda ospedaliera di REGGIO E. |
| 080904 | -Azienda ospedaliera di MODENA |
| 080908 | -Azienda ospedaliera di BOLOGNA |
| 080909 | -Azienda ospedaliera di FERRARA |
| 080960 | -Istituti Ortopedici Rizzoli |

Stabilimenti ospedalieri di fascia B

Appartengono a tale fascia le restanti strutture ospedaliere sia di tipo pubblico, che di tipo privato accreditato. Fanno eccezione gli Ospedali Privati Accreditati eroganti prestazioni di alta specialità, fatto salvo quanto previsto dall'accordo generale fra Regione Emilia-Romagna e AIOP per il triennio 2007-2009 di alla DGR 1654/2007 per le strutture di fascia A che vi aderiscono.

Allegato 2

Regime ordinario

1. tariffe massime come da allegati n. 2.1

2. i ricoveri medici di un (1) giorno che restano pari a € 124,47, ad eccezione dei ricoveri di 1 giorno attribuiti ai seguenti DRG:

- 124 M-Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata
- 125 M-Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e senza diagnosi complicata
- 373 M-Parto vaginale no CC
- 323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni, nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51,

la cui tariffa è pari all'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni;

3. Stati vegetativi persistenti: la definizione di una tariffa giornaliera per i pazienti in stato vegetativo persistente è difficilmente generalizzabile e, pertanto, anche vista la esiguità numerica della casistica, necessiterebbe di una personalizzazione sui singoli casi. Pertanto, pur reputando che l'accordo specifico sul singolo caso rappresenti il percorso corretto per una traduzione in termini economici delle necessità assistenziali dei pazienti in stato vegetativo persistente, e senza pertanto incidere sugli accordi attualmente in essere, si ritiene opportuno individuare una tariffa di riferimento pro die, in considerazione delle necessità di assistenza sanitaria continuativa, dei trattamenti riabilitativi specifici e delle caratteristiche strutturali (attrezzature, ausili, spazi) necessari per la presa in carico di tali pazienti, valida laddove le condizioni del paziente siano tali da richiederne la permanenza in ambiente ospedaliero. Rispetto a tale tariffa di riferimento gli accordi locali possono attestarsi a livelli diversi tenuto conto delle specificità dei singoli casi in relazione al profilo assistenziale. La tariffa di riferimento, in assenza di specifico accordo, per il trattamento di pazienti per i quali sia stata elaborata una diagnosi di stato vegetativo persistente in letti appositamente individuati, anche in strutture private accreditate con caratteristiche di idoneità assistenziale ben definita all'interno degli accordi locali viene fissata pari a € **257,50**. Tale tariffa è applicabile esclusivamente a pazienti inviati dai referenti aziendali di struttura pubblica regionale.

4. Dimessi dal cod. disciplina 47 "Grandi Ustionati": l'analisi dei costi di tale funzione ha evidenziato una notevole discrepanza fra la valorizzazione dell'attività a tariffa DRG e

i costi sostenuti. Pertanto, alla luce di tale situazione ed in considerazione del ruolo che i soli due centri regionali svolgono all'interno della rete dei servizi, si ritiene opportuno passare ad una valorizzazione dell'attività per tale disciplina a giornata di degenza in quanto la classificazione e la conseguente remunerazione a tariffa DRG specifica non coglie correttamente le peculiarità del profilo di assorbimento di risorse della casistica che afferisce a tale disciplina, fissando il valore a € 1.751,00 a giornata per i dimessi dal cod. disciplina 47;

5. Protesi: valori aggiuntivi rispetto al DRG come da allegato 4, con i vincoli ivi specificati.

6. Trapianti:

- DRG 42 "interventi intraoculari, eccetto retina, iride e cristallino" associato ai codici di intervento 11.6_: la tariffa viene fissata in € 2.800,00. La tariffa qui definita è comprensiva delle quote per il finanziamento della banca delle cornee (€ 750,00) e del procurement (€ 258,00). Qualora la struttura non utilizzi le cornee di provenienza della Banca regionale non è tenuta a corrispondere alla Banca la relativa quota di € 750,00 considerata compensativa del valore della cornea, mentre la tariffa sopra definita viene decurtata della quota di € 258,00 relativa al finanziamento dell'attività di procurement;
- DRG 504 "ustioni estese di terzo grado con innesto di cute": la tariffa viene fissata in € 40.814,64, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);
- DRG 506 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo": la tariffa viene fissata in € 26.103,11, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);
- DRG 507 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo": la tariffa viene fissata in € 9.938,08, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47); "
- **Trapianto di intestino**: la tariffa viene fissata in € 169.160,29. Tale tariffa è applicata ai casi con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino" per pazienti

dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna;

- **Trapianto multiviscerale:** la tariffa viene fissata in € 243.899,35. Tale tariffa è applicata ai casi con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino", associato nella medesima scheda, ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna, indipendentemente dal DRG di dimissione;
- **Trapianto di rene e cuore:** la tariffa viene fissata pari a € 80.889,69. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 55.69 + 37.5 associati ai DRG 103 o 302;
- **Trapianto di rene e fegato:** 100.652,9. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 55.69 + 50.59 associati al DRG 480;
- **Trapianto di fegato e cuore:** 110.966,1. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 50.59 + 37.5 associati al DRG 480;

Le tariffe sopra fissate, così come le tariffe per i trapianti DRG 103 Trapianto di cuore, DRG 302 Trapianto di rene, DRG 480 Trapianto di fegato, DRG 481 Trapianto di midollo, DRG 495 Trapianto di polmone, DRG 512 Trapianto di rene e pancreas, DRG 513 Trapianto di pancreas presenti nell'allegato n. 3.1, sono quelle da porre in mobilità da parte dell'Azienda sede di intervento verso l'Azienda di residenza del paziente ricevente l'organo o il tessuto. Nel provvedimento di finanziamento complessivo della funzione trapianti saranno specificate le modalità di rimborso da riconoscere alle Aziende che effettuano attività di procurement e alle Aziende sede di banche da parte delle Aziende che effettuano i trapianti;

Relativamente al **trapianto di osso** si specifica che per trapianto di osso si deve intendere l'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni. In presenza del codice in diagnosi secondaria V42.4 "Osso sostituito da trapianto" e fra gli interventi principali del codice 78.0_ (ad esclusione delle sotto categorie 78.04, 78.06, 78.08) indipendentemente dal DRG che si viene ad originare alla tariffa DRG specifica va riconosciuta un valore aggiuntivo pari ad € 1797,27.

7. Area Ortopedia:

Sono individuati specifici incrementi tariffari per alcuni interventi chirurgici ed alcune diagnosi principali di dimissione relativi alla casistica ortopedica di seguito dettagliata, casistica di alta complessità e caratterizzata da costi di produzione estremamente elevati. Tali incrementi sono applicati su

tutta la attività erogata in regime di ricovero ordinario dagli ospedali di fascia A in aggiunta alle tariffe specifiche previste per i singoli casi:

- codice 81.53 Revisione di sostituzione di articolazione di anca - Tariffa incrementale di EURO 7633,23;
- codice 81.55 Revisione di sostituzione di articolazione di ginocchio - Tariffa incrementale di EURO 7633,23
- codici da 170.1 a 170.9 Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari - Tariffa incrementale di EURO 7633,23;
- codici da 171.2 a 171.9 Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli - Tariffa incrementale di EURO 7633,23;
- codice 83.84 "correzione di piede torto"- Tariffa incrementale paria euro 2127,80. Nel caso di intervento bilaterale da individuare con la ripetizione del cod. 83.84 in scheda nosologica, la valorizzazione del caso deve essere incrementata complessivamente del 50% (sommatoria del valore del DRG 225 e della tariffa incrementale sopra prevista).
- **DRG 209:** In presenza dei cod. intervento 81.53 e 81.55 per i soli ospedali di fascia B la tariffa viene incrementata del 10%. Per gli ospedali di fascia A vale l'importo aggiuntivo sopra definito.

Chirurgia della mano: l'attività legata a questa specialità si caratterizza per un limitato numero di DRG che ne classificano l'attività e che, pertanto, al loro interno contengono tipologie di intervento abbastanza differenziate sia per tecnica utilizzata che per complessità. Una specifica analisi dei costi mostra la necessità di intervenire dal punto di vista tariffario differenziando alcune specifiche tipologie di intervento:

- se presente in diagnosi principale il codice 728.85 "contrattura muscolare" e in diagnosi secondaria il codice 342.1_ "emiplegia spastica" o 344.0_ "tetraplegia non altrimenti classificata" in associazione con i seguenti codici di intervento, 82.57-trasposizione tendine mano o 82.56-altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19-tenotomia o miotomia e/o 83.85-allungamento tendineo, indipendentemente dal DRG di dimissione, la tariffa è pari a euro 3553,50;
- in considerazione del fatto che tutti gli interventi di reimpianto vengono collocati nel DRG 441-interventi

sulla mano per traumatismo, in considerazione, inoltre, dei costi rilevati per gli interventi di reimpianto microchirurgico, si stabilisce che in presenza dei codici di diagnosi principale 885.0 o 885.1 o 886.0 o 886.1 associati ai codici di intervento 84.21 o 84.22 la tariffa è pari a euro 5047,00. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di 2000 euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.

8. Alte specialità riabilitative: nelle more della piena realizzazione di quanto previsto dalla propria deliberazione 1267/2002 in tema di Hub & Spoke e tenuto conto dell'analisi dei costi relativi ai pazienti in Unità spinale (cod. 28) e Riabilitazione Intensiva (cod.56) in condizioni di elevata instabilità clinica, e che necessitano di alta intensità assistenziale in relazione al fatto che debba essere garantita loro assistenza ventilatoria, le tariffe relative ai casi trattati in modo esclusivo nei reparti suddetti (cod. 28 e cod. 56) e dimessi con codice di procedura di ventilazione meccanica assistita (cod. 96.7_) sono pari € 545,00, per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 28, e a € 457,00 per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 56 e 75; tariffe MDC specifiche per i cod. 28, 56, e 75 come da all. n. 3 con relativi abbattimenti tariffari per i ricoveri oltre i valori soglia;
9. cod. intervento 92.27 (impianto o inserzione di elementi radioattivi) o 92.28 (iniezione o istillazione di radioisotopi) associato al cod. diagnosi V 58.0 la tariffa viene fissata in € 8.500,00.
10. Ricoveri in regime ordinario con durata di degenza superiore al valore soglia: la relativa remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa "pro die" DRG specifica (all. n. 2.1 e 2.2)
11. NEONATO SANO DIMESSO DAL NIDO
 - Per i neonati presso la stessa struttura e ospitati e dimessi dal nido (codice 31), indipendentemente dall'attribuzione al DRG:
 - Tariffa massima pari a Euro 335,32
 - Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido alla nascita e dimesso dal nido perché trasferito ad altro presidio entro 0/1 giorno dalla nascita.

- Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido, di una struttura diversa da quella presso la quale è nato o della stessa struttura ma in una fase successiva alla dimissione, per mantenerlo vicino alla madre che sia stata trasferita ad una struttura diversa rispetto a quello nella quale ha avuto luogo il parto o sia stata nuovamente ricoverata presso la stessa struttura in una fase successiva.

Regime di day hospital

Tariffe massime come da allegato n. 2.2

1. DRG medici con 1, 2, 3 accessi tariffa forfettaria pari a € 124,47;

Fanno eccezione a tale regola i casi attribuiti ai seguenti DRGs indipendentemente dal numero di accessi:

- 124M-malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata
- 125M-malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e senza diagnosi complicata
- 323M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni, nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51

80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni.

2. DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

DRG 409 M-radioterapia

DRG 410 M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta,

DRG 492 M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia

viene definita una tariffa ad accesso pari a € 310

Il DH oncologico deve essere rivolto a pazienti che necessitano di accertamenti diagnostici invasivi non eseguibili ambulatorialmente in assoluto o in relazione alle loro condizioni cliniche, a pazienti che eseguono chemioterapia o immunoterapia per via sistemica, a pazienti che eseguono radioterapia associata a chemioterapia, a pazienti sottoposti a terapia di supporto o palliativa che richiedono un prolungato monitoraggio.

Resta fermo che sono esclusi dal ricovero in DH oncologico gli accessi nei quali i pazienti sono sottoposti a visite di follow-up, che devono essere considerati attività ambulatoriale e valorizzati di conseguenza. Si sottolinea comunque che qualora, all'interno degli accordi di fornitura fra Aziende USL ed Aziende Ospedaliere siano previste modalità di remunerazione che tengano conto dei costi dei medicinali impiegati, l'applicazione della tariffa di cui sopra deve trovare un'armonizzazione con gli accordi di fornitura medesimi

Assistenza Psichiatrica

In attesa del completamento del processo di accreditamento così come previsto dalla DGR 327/2004 e della definizione di un documento d'intesa da parte della Commissione Paritetica di Salute Mentale prevista al punto C.2 dell'Accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni della ospedalità privata AIOP e ARIS che fra le altre cose porterà ad una ridefinizione delle strutture anche in base alla tipologia dell'offerta, si definiscono le seguenti tariffe:

1. Ospedali pubblici:

- tariffa pro die per i ricoveri ordinari pari a € 287,00;

2. Ospedali privati accreditati ad indirizzo neuropsichiatrico:

- tariffa pro die per i ricoveri ordinari pari a € 177,65;

Per i ricoveri in day hospital si applica una tariffa pari all'80% delle tariffe giornaliere sopra definite.

La tariffa di cui al punto 2 è comprensiva della presa in carico del paziente concordata con il DSM di riferimento, comprendente il percorso di pre ricovero e di post ricovero.

Sulle giornate eccedenti il sessantesimo giorno di degenza si applica la tariffa minima prevista per la lungodegenza medica, fatto salvo quanto previsto al punto C.7 del corrente Accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni della ospedalità privata AIOP e ARIS.

Si ribadisce la validità di quanto previsto nella DGR 2582/2002 in materia di ricoveri relativi ai disturbi del comportamento alimentare. Si precisa che la condivisione del protocollo clinico-assistenziale da parte dell'AUSL di residenza del paziente per il quale è prevista specifica valorizzazione (all.2 della DGR 2582/2002) deve essere esplicita e formalizzata. In caso di mancata formalizzazione il ricovero viene remunerato secondo le tariffe standard previste dalla presente DGR.

Ricoveri ripetuti

Per i ricoveri ordinari successivi di uno stesso paziente, dimesso da unità operative per acuti, di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Presidio e classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), le tariffe sono ridotte come di seguito specificato:

1. INTERVALLO TEMPORALE 2-7 GIORNI: re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei

pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa;

2. INTERVALLO TEMPORALE 8-30 GIORNI: abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa; tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero, ad eccezione dei casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257, 258, 259 e 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54;
3. I ricoveri ripetuti con intervallo temporale 0-1, avvenuti nello stesso Presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, non sono ricompresi fra quelli oggetto di abbattimenti tariffari in quanto essi sono oggetto di controllo obbligatorio interno, finalizzato ad evidenziare i casi nei quali si sia verificata una frammentazione dell'episodio di ricovero, per i quali l'importo relativo ad uno dei due episodi deve essere annullato;
4. Fatti salvi i casi in cui, a seguito di attività di controllo interna o esterna i singoli episodi di ricovero ripetuto si dimostrino essere legati a fenomeni di frammentazione o siano ricoveri attribuiti a DRG di tipo medico aventi natura di ricovero per accertamenti preoperatori, vengono esclusi dagli abbattimenti di cui ai punti 1 e 2 le seguenti categorie di ricoveri:
 - ricoveri di pazienti neoplastici (diagnosi principale codificata con i codici compresi fra il codice 140.0 e il codice 208.91 o compresi fra il codice 230.0 e il codice 239.9 o codificate con i codici V58.0 o V58.1)
 - ricoveri attribuiti ai DRG 488, 489 o 490
 - casi in cui il ricovero successivo sia stato attribuito ad un DRG di tipo chirurgico avente peso relativo superiore o uguale a 1,5 (vedi colonna "peso" allegati).

Prestazioni di emergenza per non residenti in Emilia-Romagna

In considerazione del fatto che il costo del servizio 118 è totalmente a carico del Fondo Sanitario Regionale e di quanto concordato a livello interregionale, viene definita una tariffa per gli interventi a favore di non residenti in Emilia-Romagna da addebitarsi alla Regione competente attraverso la procedura della mobilità, anche nel caso in cui l'intervento sia seguito da ricovero.

In base alla valutazione sull'incremento dei costi, così come previsto dalla DGR 2465/1999, viene aggiornata la tariffa per le

attività di trasporto sanitario con elisoccorso definita nella medesima deliberazione, ed in base all'analisi dei dati di contabilità analitica viene introdotta una tariffa per i trasporti con autoambulanza:

- Elisoccorso attraverso il servizio 118: € 107,50/minuto da applicare sulla base dell'effettivo tempo di volo;
- Autoambulanza attraverso il servizio 118: tariffa forfettaria per trasporto di € 225,00.

Sono da considerarsi trasporti di emergenza, e pertanto da rilevare al fine della mobilità, solo i trasporti che si originano per una chiamata diretta alla Centrale Operativa 118 con intervento di soccorso disposto dalla Centrale stessa.

Hospice

la tariffa per giornata di degenza da riconoscere da parte dell'Azienda USL, qualora la struttura non sia a gestione diretta, è pari a € 192,00, fermo restando quanto stabilito dalla DGR 589/2002. Qualora il paziente non sia residente nel territorio dell'Azienda USL nel quale si trova l'Hospice, l'Azienda USL di competenza territoriale **fatturerà all'Azienda USL di residenza del paziente i suddetti € 192,00 + € 45,00 pro die**, per tutto quanto fornito direttamente dall'AUSL e non compreso nella tariffa base di € 192,00, così come previsto dalla DGR 589/2002.

Visto che l'attività erogata in Hospice non segue la compensazione economica legata alla mobilità sanitaria, ma viene direttamente fatturata all'AUSL di residenza del paziente, si stabilisce che per i cittadini residenti in Emilia-Romagna non debba essere acquisita l'autorizzazione al ricovero da parte della AUSL di residenza, ma valgono le regole, per l'accettazione della fatturazione, stabilite per la mobilità sanitaria. Per i cittadini residenti in altre Regioni l'AUSL di competenza territoriale deve inviare richiesta di autorizzazione all'AUSL di residenza del paziente.

Casa dei risvegli

La struttura assistenziale Casa dei risvegli "Luca de Nigris" sita presso la AUSL di Bologna è una struttura che sperimenta un nuovo modello assistenziale, per pazienti con gravi cerebrolesioni a bassa responsività protratta, di tipo paradomiciliare, per la preparazione alla domiciliarità. Stante la particolarità ed unicità della struttura, la sperimentazione in atto di un diverso modello assistenziale e riabilitativo al momento sostanzialmente rivolto a pazienti residenti secondo quanto definito dal protocollo dell'Azienda AUSL di Bologna, la Regione Emilia-Romagna partecipa con un finanziamento a funzione per la durata della sperimentazione medesima (tre anni). Si ritiene comunque opportuno definire una tariffa giornaliera onnicomprensiva qualora venissero trattati pazienti provenienti da altre regioni. Tale tariffa, definita sulla base dei dati di costo forniti dall'Azienda è pari

a € 450,00 da mettere in fatturazione diretta verso la AUSL di residenza del paziente. Nulla deve essere richiesto per eventuali pazienti provenienti dalle AUSL della Regione Emilia-Romagna.

| ALLEGATO 3.1 | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|----------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------|---------------|--|
| TARIFFE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO | | | | | | | | | | | |
| DRG versione 19° | | | | | | | | | | | |
| REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2007 | | | | | | | | | | | |
| | drg | mdc | tipo drg | > 1 giorno | | 0-1 giorno | | Incremento pro die | Deceduto 1 g. Trasferito 1 g. | Valore Soglia | |
| | | | | Stabilimenti di fascia A | Stabilimenti di fascia B | Stabilimenti di fascia A | Stabilimenti di fascia B | | | | |
| 001 C-CRANIOTOMIA ETA>17, ECCETTO PER TRAUMATISMO | | 1 | C | alta complessità | 8.753,14 | 8.945,56 | 7.002,51 | 278,33 | 573,35 | 25 | |
| 002 C-CRANIOTOMIA ETA>17, PER TRAUMATISMO | | 1 | C | alta complessità | 8.479,04 | 8.107,84 | 6.783,22 | 326,2 | 870,64 | 19 | |
| 003 C-CRANIOTOMIA ETA<18 | | 1 | C | alta complessità | 8.022,59 | 8.382,15 | 6.418,07 | 326,2 | 551,11 | 38 | |
| 004 C-INTERVENTI SU MIDOLLO SPINALE | | 1 | C | alta complessità | 6.394,24 | 6.114,22 | 5.115,38 | 177,01 | 472,05 | 23 | |
| 005 C-INTERVENTI SU VASI EXTRACRANICI | | 1 | C | alta complessità | 4.198,13 | 4.480,39 | 3.358,49 | 282,78 | 596,76 | 7 | |
| 006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE | | 1 | C | potenzialmente inappropriato | 650,00 | 800,00 | 650,00 | 286,19 | 637,28 | 2 | |
| 007 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. CON CC | | 1 | C | alta complessità | 7.138,77 | 6.827,09 | 5.711,02 | 223,77 | 492,09 | 5 | |
| 008 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. NO CC | | 1 | C | alta complessità | 2.151,36 | 2.620,56 | 1.721,08 | 184,25 | 554,43 | 5 | |
| 009 M-MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE | | 1 | M | | 3.601,04 | 124,47 | 124,47 | 246,6 | 566,68 | 22 | |
| 010 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC | | 1 | M | | 3.628,38 | 124,47 | 124,47 | 263,85 | 404,14 | 29 | |
| 011 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC | | 1 | M | | 2.154,22 | 124,47 | 124,47 | 241,03 | 433,09 | 22 | |
| 012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO | | 1 | M | | 2.689,44 | 124,47 | 124,47 | 215,42 | 440,88 | 23 | |
| 013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE | | 1 | M | | 2.257,08 | 124,47 | 124,47 | 218,77 | 430,84 | 19 | |
| 014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T. | | 1 | M | | 3.424,77 | 124,47 | 124,47 | 211,53 | 385,19 | 25 | |
| 015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI | | 1 | M | | 1.985,34 | 124,47 | 124,47 | 213,19 | 447,55 | 17 | |
| 016 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC | | 1 | M | | 3.122,25 | 124,47 | 124,47 | 223,22 | 430,84 | 20 | |
| 017 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE NO CC | | 1 | M | | 1.809,24 | 124,47 | 124,47 | 143,61 | 381,87 | 17 | |
| 018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC | | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 2.598,53 | 124,47 | 124,47 | 216,42 | 408,74 | 25 | |
| 019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI NO CC | | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 1.382,30 | 124,47 | 124,47 | 156,93 | 418,12 | 19 | |
| 020 M-INFEZIONI SISTEMA NERV., ECCETTO MENINGITE VIRALE | | 1 | M | | 5.427,07 | 124,47 | 124,47 | 197,05 | 525,49 | 36 | |
| 021 M-MENINGITE VIRALE | | 1 | M | | 3.927,94 | 124,47 | 124,47 | 152,52 | 406,36 | 19 | |
| 022 M-ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA | | 1 | M | | 2.044,86 | 124,47 | 124,47 | 233,24 | 411,92 | 14 | |
| 023 M-STATO STUPEFOSO E COMA NON TRAUMATICI | | 1 | M | | 2.310,13 | 124,47 | 124,47 | 184,25 | 492,09 | 16 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------|----------|----|
| 024 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 CON CC | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 2.472,14 | 2.257,06 | 124,47 | 124,47 | 225,18 | 442,71 | 19 |
| 025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 NO CC | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 1.354,65 | 1.236,80 | 124,47 | 124,47 | 161,18 | 437,26 | 16 |
| 026 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'<18 | 1 | M | | 3.120,20 | 2.847,78 | 124,47 | 124,47 | 281,11 | 588,95 | 10 |
| 027 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.COMA >1 ORA | 1 | M | | 4.241,56 | 3.870,39 | 124,47 | 124,47 | 263,29 | 386,33 | 22 |
| 028 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 CON CC | 1 | M | | 3.767,42 | 3.438,15 | 124,47 | 124,47 | 273,32 | 515,47 | 23 |
| 029 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 NO CC | 1 | M | | 1.816,22 | 1.657,41 | 124,47 | 124,47 | 238,81 | 453,11 | 12 |
| 030 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.<1H, ETA'<18 | 1 | M | | 1.108,81 | 1.011,65 | 124,47 | 124,47 | 315,63 | 728,13 | 5 |
| 031 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 CON CC | 1 | M | | 2.286,74 | 2.087,04 | 124,47 | 124,47 | 351,26 | 478,73 | 16 |
| 032 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 NO CC | 1 | M | | 1.321,80 | 1.206,00 | 124,47 | 124,47 | 183,69 | 571,14 | 10 |
| 033 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'<18 | 1 | M | | 740,05 | 675,15 | 124,47 | 124,47 | 363,49 | 585,62 | 5 |
| 034 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC | 1 | M | | 3.530,65 | 3.222,33 | 124,47 | 124,47 | 273,32 | 386,33 | 21 |
| 035 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC | 1 | M | | 1.724,89 | 1.574,22 | 124,47 | 124,47 | 229,33 | 426,4 | 15 |
| 036 C-INTERVENTI SULLA RETINA | 2 | C | | 1.925,01 | 1.756,88 | 1.540,01 | 1.405,51 | 199,28 | 518,82 | 10 |
| 037 C-INTERVENTI SULL'ORBITA | 2 | C | | 2.432,88 | 2.219,95 | 1.946,31 | 1.775,97 | 260,51 | 1.017,58 | 12 |
| 038 C-INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE | 2 | C | | 1.105,89 | 1.009,33 | 884,72 | 807,47 | 240,47 | 474,28 | 17 |
| 039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA | 2 | C | potenzialmente inappropriato | 1.033,00 | 900,00 | 1.033,00 | 900,00 | 250,55 | 692,6 | 7 |
| 040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'>17 | 2 | C | potenzialmente inappropriato | 1.286,14 | 1.174,25 | 1.297,73 | 1.184,29 | 269,17 | 557,48 | 7 |
| 041 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'<18 | 2 | C | | 1.095,15 | 998,97 | 876,12 | 799,18 | 270,23 | 913,9 | 2 |
| 042 C-INTERV. INTRAOCULARI, ECCETTO RETINA, IRIDE, CRISTALLINO | 2 | C | potenzialmente inappropriato | 1.798,61 | 1.642,13 | 1.439,01 | 1.312,88 | 202,14 | 538,34 | 7 |
| 043 M-EMORRAGIA SUB-CONGIUNTIVALE (IFEMA) | 2 | M | | 1.194,82 | 1.090,22 | 124,47 | 124,47 | 192,04 | 513,24 | 11 |
| 044 M-INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO | 2 | M | | 1.779,56 | 1.624,25 | 124,47 | 124,47 | 163,65 | 417,5 | 14 |
| 045 M-MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO | 2 | M | | 1.848,23 | 1.686,50 | 124,47 | 124,47 | 266,07 | 469,82 | 14 |
| 046 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 CON CC | 2 | M | | 2.226,94 | 2.032,64 | 124,47 | 124,47 | 261,07 | 521,03 | 21 |
| 047 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 NO CC | 2 | M | | 1.282,77 | 1.170,48 | 124,47 | 124,47 | 242,7 | 494,32 | 13 |
| 048 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'<18 | 2 | M | | 1.258,90 | 1.148,95 | 124,47 | 124,47 | 303,94 | 582,27 | 13 |
| 049 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO | 3 | C | alta complessità | 8.230,11 | 4.340,77 | 6.584,09 | 3.472,61 | 210,41 | 513,24 | 16 |
| 050 C-SIALOADENECTOMIA | 3 | C | | 2.034,97 | 1.856,94 | 1.627,96 | 1.485,55 | 240,47 | 541,08 | 7 |
| 051 C-INTERV. GHIANDOLE SALIVARI, ECCETTO SIALOADENECTOMIA | 3 | C | | 1.937,22 | 1.767,94 | 1.549,78 | 1.414,35 | 237,69 | 549,97 | 7 |
| 052 C-RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI | 3 | C | | 2.332,03 | 2.128,43 | 1.865,63 | 1.702,74 | 227,68 | 465,38 | 11 |
| 053 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'>17 | 3 | C | | 2.147,45 | 1.959,49 | 1.717,96 | 1.567,59 | 210,41 | 563,35 | 5 |
| 054 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'<18 | 3 | C | | 2.075,29 | 1.894,04 | 1.660,22 | 1.515,23 | 172,55 | 440,88 | 5 |
| 055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA | 3 | C | potenzialmente inappropriato | 1.648,06 | 1.504,68 | 1.318,57 | 1.203,25 | 227,14 | 628,76 | 5 |
| 056 C-RINOPLASTICA | 3 | C | | 1.830,27 | 1.670,29 | 1.464,21 | 1.336,24 | 227,12 | 625,7 | 5 |
| 057 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO SOLO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA'>17 | 3 | C | | 2.624,59 | 2.395,25 | 2.099,67 | 1.916,20 | 202,62 | 539,97 | 7 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------|----------|----|
| 058 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA<18 | 3 | C | | 970,35 | 885,41 | 776,28 | 708,33 | 271,65 | 497,65 | 5 |
| 059 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA>17 | 3 | C | | 1.268,10 | 1.157,34 | 1.014,49 | 925,87 | 191,48 | 509,9 | 2 |
| 060 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA<18 | 3 | C | | 787,59 | 718,79 | 630,08 | 575,04 | 244,37 | 553,33 | 2 |
| 061 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA>17 | 3 | C | | 2.555,79 | 2.332,60 | 2.044,63 | 1.866,07 | 391,89 | 1.044,31 | 5 |
| 062 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA<18 | 3 | C | | 967,45 | 883,08 | 773,97 | 706,47 | 317,84 | 548,87 | 2 |
| 063 C-ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA | 3 | C | | 3.094,47 | 2.824,29 | 2.475,58 | 2.259,44 | 219,32 | 585,62 | 10 |
| 064 M-NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA | 3 | M | potenzialmente inappropriato | 3.275,70 | 2.989,31 | 124,47 | 124,47 | 246,04 | 535,51 | 24 |
| 065 M-ALTERAZIONI DELL' EQUILIBRIO | 3 | M | | 1.173,60 | 1.071,12 | 124,47 | 124,47 | 219,7 | 428,76 | 13 |
| 066 M-EPISTASSI | 3 | M | | 1.507,31 | 1.375,84 | 124,47 | 124,47 | 182,58 | 487,63 | 11 |
| 067 M-EPIGLOTTITE | 3 | M | | 2.499,85 | 2.281,13 | 124,47 | 124,47 | 281,67 | 528,84 | 11 |
| 068 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA>17 CON CC | 3 | M | | 2.226,94 | 2.032,05 | 124,47 | 124,47 | 261,64 | 407,47 | 17 |
| 069 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA>17 NO CC | 3 | M | | 1.542,80 | 1.408,42 | 124,47 | 124,47 | 227,12 | 463,14 | 11 |
| 070 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA<18 | 3 | M | | 1.817,96 | 1.659,09 | 124,47 | 124,47 | 200,95 | 535,51 | 7 |
| 071 M-LARINGOTRACHEITE | 3 | M | | 2.273,86 | 2.075,29 | 124,47 | 124,47 | 267,2 | 488,76 | 10 |
| 072 M-TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO | 3 | M | | 1.803,42 | 1.645,77 | 124,47 | 124,47 | 307,27 | 602,32 | 7 |
| 073 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA,ETA>17 | 3 | M | | 2.231,91 | 2.036,68 | 124,47 | 124,47 | 278,33 | 584,49 | 15 |
| 074 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA,ETA<18 | 3 | M | | 1.073,90 | 980,24 | 124,47 | 124,47 | 296,14 | 772,65 | 10 |
| 075 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE | 4 | C | alta complessità | 9.840,00 | 8.232,36 | 7.872,00 | 6.585,89 | 237,13 | 624,57 | 21 |
| 076 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC | 4 | C | | 7.113,05 | 6.491,57 | 5.690,43 | 5.193,26 | 230,46 | 514,36 | 43 |
| 077 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO NO CC | 4 | C | | 3.029,02 | 2.764,43 | 2.423,21 | 2.211,55 | 219,88 | 430,84 | 21 |
| 078 M-EMBOLIA POLMONARE | 4 | M | | 4.257,98 | 3.885,99 | 124,47 | 124,47 | 220,44 | 407,47 | 29 |
| 079 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA>17 CON CC | 4 | M | | 5.403,30 | 4.931,51 | 124,47 | 124,47 | 218,2 | 430,84 | 38 |
| 080 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA>17 NO CC | 4 | M | | 2.967,52 | 2.708,63 | 124,47 | 124,47 | 200,39 | 376,31 | 37 |
| 081 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA<18 | 4 | M | | 3.323,26 | 3.032,94 | 124,47 | 124,47 | 313,4 | 768,21 | 33 |
| 082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO | 4 | M | | 3.800,95 | 3.468,70 | 124,47 | 124,47 | 180,9 | 482,07 | 30 |
| 083 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE CON CC | 4 | M | | 2.815,89 | 2.569,77 | 124,47 | 124,47 | 243,81 | 455,36 | 13 |
| 084 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE NO CC | 4 | M | | 1.419,13 | 1.294,95 | 124,47 | 124,47 | 235,47 | 437,54 | 10 |
| 085 M-VERSAMENTO PLEURICO CON CC | 4 | M | | 3.693,54 | 3.370,66 | 124,47 | 124,47 | 246,04 | 400,79 | 30 |
| 086 M-VERSAMENTO PLEURICO NO CC | 4 | M | | 2.071,04 | 1.890,11 | 124,47 | 124,47 | 150,29 | 380,77 | 23 |
| 087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | 4 | M | | 4.034,78 | 3.681,82 | 124,47 | 124,47 | 231,57 | 467,59 | 24 |
| 088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA | 4 | M | potenzialmente inappropriato | 2.733,70 | 2.542,34 | 124,47 | 124,47 | 186,18 | 375,56 | 20 |
| 089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA>17 CON CC | 4 | M | potenzialmente inappropriato | 3.489,84 | 3.186,23 | 124,47 | 124,47 | 217,04 | 384,06 | 25 |
| 090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA>17 NO CC | 4 | M | potenzialmente inappropriato | 2.020,09 | 1.843,38 | 124,47 | 124,47 | 128,2 | 341,52 | 20 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|----------|----|
| 091 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'<18 | 4 | M | | 2.303,66 | 2.066,50 | 124,47 | 124,47 | 229,27 | 409,6 | 11 |
| 092 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE CON CC | 4 | M | | 3.695,29 | 3.372,42 | 124,47 | 124,47 | 217,64 | 436,42 | 29 |
| 093 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE NO CC | 4 | M | | 2.383,43 | 2.175,16 | 124,47 | 124,47 | 211,53 | 393 | 19 |
| 094 M-PNEUMOTORACE CON CC | 4 | M | | 3.941,95 | 3.597,56 | 124,47 | 124,47 | 235,47 | 433,09 | 20 |
| 095 M-PNEUMOTORACE NO CC | 4 | M | | 1.842,98 | 1.682,42 | 124,47 | 124,47 | 199,28 | 388,55 | 13 |
| 096 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'>17 CON CC | 4 | M | | 2.780,09 | 2.537,33 | 124,47 | 124,47 | 206,51 | 390,77 | 18 |
| 097 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'>17 NO CC | 4 | M | | 1.836,98 | 1.676,44 | 124,47 | 124,47 | 140,27 | 374,08 | 14 |
| 098 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'<18 | 4 | M | | 2.648,09 | 2.416,50 | 124,47 | 124,47 | 250,5 | 457,57 | 10 |
| 099 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI CON CC | 4 | M | | 2.352,59 | 2.146,66 | 124,47 | 124,47 | 124,12 | 369,63 | 24 |
| 100 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI NO CC | 4 | M | | 1.557,92 | 1.421,79 | 124,47 | 124,47 | 116,33 | 372,96 | 12 |
| 101 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO CON CC | 4 | M | | 2.819,17 | 2.572,50 | 124,47 | 124,47 | 252,73 | 472,05 | 21 |
| 102 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO NO CC | 4 | M | | 1.674,28 | 1.528,25 | 124,47 | 124,47 | 241,03 | 469,82 | 12 |
| 103 C-TRAPIANTO CARDIACO | | C | alta complessità | 66.140,94 | 0 | 0 | 0 | 613,65 | 1.732,48 | 67 |
| 104 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO | 5 | C | alta complessità | 25.092,56 | 20.074,04 | 19.395,22 | 16.225,95 | 727,01 | 1.939,45 | 30 |
| 105 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO | 5 | C | alta complessità | 19.008,20 | 15.206,56 | 14.583,81 | 12.201,03 | 337,33 | 1.323,76 | 22 |
| 106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA | 5 | C | alta complessità | 21.214,85 | 16.971,88 | 14.258,67 | 11.843,45 | 705,3 | 1.881,56 | 29 |
| 107 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO | 5 | C | alta complessità | 18.447,15 | 14.757,72 | 14.258,67 | 11.843,45 | 705,3 | 1.881,56 | 27 |
| 108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI | 5 | C | alta complessità | 19.008,21 | 15.902,54 | 15.206,57 | 12.722,03 | 402,47 | 1.160,09 | 22 |
| 109 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO | 5 | C | alta complessità | 15.268,20 | 12.214,56 | 11.801,51 | 8.863,99 | 307,27 | 977,51 | 18 |
| 110 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC | 5 | C | alta complessità | 13.213,61 | 11.054,41 | 10.570,89 | 8.843,53 | 305,05 | 896,24 | 26 |
| 111 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC | 5 | C | alta complessità | 7.438,04 | 6.222,51 | 5.950,43 | 4.978,01 | 249,38 | 610,11 | 17 |
| 113 C-AMPUT. PER DISTURBI CIR.ECETTO AMP. ARTO SUP. E DITA PIEDE | 5 | C | alta complessità | 11.175,25 | 7.525,30 | 8.940,20 | 6.020,23 | 231,01 | 542,19 | 58 |
| 114 C-AMPUT.ARTO SUP.E DITA PIEDE, PER MALATTIE APPAR.CIRCULATOR. | 5 | C | alta complessità | 7.619,28 | 4.321,19 | 6.095,43 | 3.456,95 | 254,38 | 430,84 | 32 |
| 115 C-PACEMAKER PERMANENTE CON IMA, INSUF.CARDIACA O SHOCK | 5 | C | alta complessità | 12.511,60 | 9.773,43 | 10.009,28 | 7.818,74 | 470,94 | 1.000,89 | 21 |
| 116 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD.PERMANENTE CON ALTRE PATOL. | 5 | C | alta complessità | 8.208,85 | 6.662,74 | 6.567,09 | 5.330,20 | 390,22 | 1.040,96 | 13 |
| 117 C-REVISIONE PACEMAKER CARD. ECETTO SOSTITUZIONE | 5 | C | | 3.784,29 | 3.453,84 | 3.027,43 | 2.763,07 | 321,75 | 809,4 | 17 |
| 118 C-SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO | 5 | C | | 4.893,70 | 4.466,10 | 3.914,97 | 3.572,89 | 280 | 1.986,21 | 7 |
| 119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE | 5 | C | potenzialmente inappropriato | 1.374,47 | 1.254,70 | 2.199,49 | 2.007,20 | 252,14 | 563,86 | 7 |
| 120 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO | 5 | C | | 6.142,73 | 5.605,77 | 4.914,18 | 4.484,60 | 336,77 | 663,54 | 28 |
| 121 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA CON COMPL.CARDIOVASC. VIVI | 5 | M | alta complessità | 5.775,01 | 4.363,70 | 124,47 | 124,47 | 256,06 | 517,7 | 24 |
| 122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL.CARDIOVASC. VIVI | 5 | M | alta complessità | 4.599,20 | 3.123,00 | 124,47 | 124,47 | 252,73 | 508,78 | 17 |
| 123 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA, DECEDUTI | 5 | M | alta complessità | 4.561,15 | 3.815,51 | 0 | 0 | 328,99 | 836,11 | 23 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|--------|----------|----|
| 124 M-MALATTIE CARDIOVASC. NO IMA, CON CATETERISMO CARD. E DIAG. CC | 5 | M | | 3.569,37 | 3.257,25 | 3.212,43 | 2.931,52 | 389,1 | 654,64 | 20 |
| 125 M-MALATTIE CARDIOVASC. ECCEPITO IMA, CON CATETER. CARD. DIAG. NO CC | 5 | M | | 2.251,48 | 2.054,59 | 2.026,33 | 1.849,13 | 265,52 | 709,19 | 5 |
| 126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA | 5 | M | alta complessità | 9.884,20 | 7.707,67 | 124,47 | 124,47 | 242,15 | 417,5 | 68 |
| 127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK | 5 | M | | 3.091,51 | 2.822,55 | 124,47 | 124,47 | 204,8 | 437,26 | 20 |
| 128 M-TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE | 5 | M | | 2.429,38 | 2.217,06 | 124,47 | 124,47 | 198,16 | 405,25 | 18 |
| 129 M-ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE | 5 | M | | 3.807,12 | 3.474,29 | 124,47 | 124,47 | 216,54 | 699,16 | 22 |
| 130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | 2.672,09 | 2.438,62 | 124,47 | 124,47 | 226,83 | 427,36 | 24 |
| 131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | 1.533,45 | 1.400,04 | 124,47 | 124,47 | 203,74 | 367,04 | 20 |
| 132 M-ATEROSCLEROSI CON CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | 2.227,85 | 2.033,11 | 124,47 | 124,47 | 160,53 | 427,36 | 19 |
| 133 M-ATEROSCLEROSI NO CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | 1.170,69 | 1.068,49 | 124,47 | 124,47 | 143,09 | 381,94 | 13 |
| 134 M-IPERTENSIONE | 5 | M | potenzialmente inappropriato | 1.310,23 | 1.196,24 | 124,47 | 124,47 | 152,67 | 406,42 | 13 |
| 135 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC | 5 | M | | 2.661,51 | 2.428,81 | 124,47 | 124,47 | 229,9 | 446,44 | 19 |
| 136 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 NO CC | 5 | M | | 1.624,81 | 1.482,88 | 124,47 | 124,47 | 226,55 | 380,77 | 13 |
| 137 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18 NO CC | 5 | M | | 1.978,53 | 1.805,75 | 124,47 | 124,47 | 383,54 | 1.064,35 | 23 |
| 138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC | 5 | M | | 2.526,76 | 2.306,93 | 124,47 | 124,47 | 299,48 | 474,28 | 16 |
| 139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC | 5 | M | | 1.564,08 | 1.428,00 | 124,47 | 124,47 | 225,44 | 465,38 | 12 |
| 140 M-ANGINA PECTORIS | 5 | M | | 1.919,20 | 1.751,65 | 124,47 | 124,47 | 227,68 | 469,82 | 16 |
| 141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | 2.053,58 | 1.874,34 | 124,47 | 124,47 | 166,56 | 405,44 | 16 |
| 142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | 1.277,22 | 1.166,10 | 124,47 | 124,47 | 147,35 | 430,88 | 11 |
| 143 M-DOLORE TORACICO | 5 | M | | 1.593,42 | 1.454,37 | 124,47 | 124,47 | 365,17 | 487,63 | 10 |
| 144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC | 5 | M | | 3.317,91 | 3.029,25 | 124,47 | 124,47 | 253,28 | 465,38 | 22 |
| 145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC | 5 | M | | 1.944,10 | 1.774,96 | 124,47 | 124,47 | 235,47 | 416,38 | 13 |
| 146 C-RESEZIONE RETTALE CON CC | 6 | C | alta complessità | 9.880,29 | 6.876,43 | 7.904,22 | 5.501,14 | 231,01 | 503,22 | 33 |
| 147 C-RESEZIONE RETTALE NO CC | 6 | C | alta complessità | 6.901,04 | 4.113,65 | 5.520,82 | 3.290,92 | 211,53 | 435,3 | 25 |
| 148 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC | 6 | C | alta complessità | 10.392,67 | 8.490,23 | 8.314,13 | 6.792,19 | 256,62 | 549,97 | 38 |
| 149 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC | 6 | C | alta complessità | 6.075,39 | 4.047,65 | 4.860,31 | 3.238,12 | 160,31 | 427,52 | 18 |
| 150 C-LISI ADERENZE PERITONEALI CON CC | 6 | C | | 7.561,66 | 6.901,04 | 6.049,33 | 5.520,82 | 262,74 | 601,2 | 29 |
| 151 C-LISI ADERENZE PERITONEALI NO CC | 6 | C | | 3.526,31 | 3.218,64 | 2.821,05 | 2.574,91 | 203,17 | 492,09 | 14 |
| 152 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC | 6 | C | alta complessità | 5.888,56 | 4.802,80 | 4.710,84 | 3.842,24 | 224,89 | 620,14 | 22 |
| 153 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC | 6 | C | alta complessità | 4.129,31 | 2.823,17 | 3.303,44 | 2.258,54 | 215,42 | 535,51 | 16 |
| 154 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA' > 17 CON CC | 6 | C | alta complessità | 13.106,22 | 10.964,91 | 10.484,97 | 8.771,94 | 291,13 | 745,94 | 43 |
| 155 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA' > 17 NO CC | 6 | C | alta complessità | 5.785,07 | 3.958,15 | 4.628,05 | 3.166,52 | 200,39 | 468,71 | 22 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------|--------|----|
| 156 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA<18 | 6 | C | alta complessità | 5.549,02 | 2.304,62 | 4.439,22 | 1.843,70 | 258,84 | 548,87 | 34 |
| 157 C-INTERV. SU ANO E STOMA CON CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 2.728,00 | 2.489,53 | 2.182,29 | 1.991,62 | 225,02 | 471,3 | 15 |
| 158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 1.459,74 | 1.332,74 | 1.199,26 | 1.064,87 | 222,36 | 440,46 | 5 |
| 159 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 3.153,95 | 2.878,45 | 2.523,15 | 2.302,76 | 208,75 | 455,85 | 19 |
| 160 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 1.858,83 | 1.697,11 | 1.486,73 | 1.357,20 | 198,95 | 433 | 11 |
| 161 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 2.427,17 | 2.216,00 | 1.941,74 | 1.772,29 | 243,82 | 475,59 | 10 |
| 162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 1.465,21 | 1.337,74 | 1.172,41 | 1.069,66 | 214,38 | 445,78 | 5 |
| 163 C-INTERV. PER ERNIA, ETA<18 | 6 | C | | 1.373,22 | 1.252,84 | 1.098,57 | 1.002,27 | 303,21 | 984,1 | 5 |
| 164 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA CON CC | 6 | C | | 6.411,02 | 5.851,08 | 5.128,81 | 4.680,87 | 250,5 | 595,62 | 19 |
| 165 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA NO CC | 6 | C | | 3.584,49 | 3.271,23 | 2.867,59 | 2.616,99 | 239,36 | 578,93 | 11 |
| 166 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA CON CC | 6 | C | | 3.931,86 | 3.588,40 | 3.145,49 | 2.870,72 | 243,81 | 497,65 | 11 |
| 167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC | 6 | C | | 2.224,07 | 2.029,42 | 1.779,26 | 1.623,53 | 200,39 | 534,41 | 7 |
| 168 C-INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC | 3 | C | | 3.055,95 | 2.788,91 | 2.444,75 | 2.231,13 | 213,19 | 310,6 | 15 |
| 169 C-INTERVENTI SULLA BOCCA NO CC | 3 | C | | 1.785,96 | 1.630,05 | 1.428,77 | 1.304,05 | 210,97 | 601,2 | 10 |
| 170 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC | 6 | C | | 8.103,70 | 7.395,52 | 6.482,96 | 5.916,42 | 262,74 | 660,21 | 44 |
| 171 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE NO CC | 6 | C | | 3.363,11 | 3.069,32 | 2.690,48 | 2.455,45 | 229,9 | 421,96 | 22 |
| 172 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC | 6 | M | | 3.854,66 | 3.517,35 | 124,47 | 124,47 | 256,06 | 518,82 | 28 |
| 173 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE NO CC | 6 | M | | 1.958,16 | 1.787,14 | 124,47 | 124,47 | 234,35 | 418,61 | 21 |
| 174 M-EMORRAGIA GASTROENTEROSTINALE CON CC | 6 | M | | 3.022,19 | 2.758,08 | 124,47 | 124,47 | 228,22 | 499,9 | 20 |
| 175 M-EMORRAGIA GASTROENTEROSTINALE NO CC | 6 | M | | 1.699,29 | 1.550,37 | 124,47 | 124,47 | 207,63 | 406,36 | 16 |
| 176 M-ULCERA PEPTICA COMPLICATA | 6 | M | | 3.065,38 | 2.797,44 | 124,47 | 124,47 | 231,57 | 512,14 | 19 |
| 177 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC | 6 | M | | 2.447,42 | 2.233,35 | 124,47 | 124,47 | 199,28 | 410,82 | 20 |
| 178 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA NO CC | 6 | M | | 1.765,04 | 1.610,87 | 124,47 | 124,47 | 146,95 | 391,9 | 14 |
| 179 M-MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO | 6 | M | | 3.276,82 | 2.990,43 | 124,47 | 124,47 | 226 | 478,73 | 22 |
| 180 M-OCCLUSIONE GASTROENTEROSTINALE CON CC | 6 | M | | 2.753,26 | 2.512,71 | 124,47 | 124,47 | 231,01 | 423,06 | 22 |
| 181 M-OCCLUSIONE GASTROENTEROSTINALE NO CC | 6 | M | | 1.545,12 | 1.410,16 | 124,47 | 124,47 | 146,39 | 390,77 | 16 |
| 182 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA>17 CON CC | 6 | M | potenzialmente inappropriato | 2.233,20 | 2.038,91 | 124,47 | 124,47 | 154,8 | 412,8 | 19 |
| 183 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA>17 NO CC | 6 | M | potenzialmente inappropriato | 1.348,32 | 1.231,01 | 124,47 | 124,47 | 153,2 | 408,54 | 13 |
| 184 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA<18 | 6 | M | | 1.595,05 | 1.455,53 | 124,47 | 124,47 | 247,36 | 469,18 | 7 |
| 185 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAT.E RIPARAZ. ETA>17 | 3 | M | | 2.330,35 | 2.126,74 | 124,47 | 124,47 | 255,51 | 527,71 | 13 |
| 186 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAT.E RIPARAZ. ETA>17 | 3 | M | | 1.288,00 | 1.175,72 | 124,47 | 124,47 | 274,43 | 519,92 | 8 |

[illegible]

[illegible]

| TESS.CONNET. | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|--------|--------|----|
| | | | | | | | | | | | |
| 248 M-TENDINITE, MIOSITE E BORSITE | 8 | M | | | 2.003,13 | 1.828,04 | 124,47 | 124,47 | 224,34 | 501,01 | 19 |
| 249 M-ASS.RIABILITATIVA PER MALAT. SIST.MUSCOLO-SCHELE TESS.CONN | 8 | M | | | 2.066,90 | 1.886,22 | 124,47 | 124,47 | 240,47 | 650,19 | 15 |
| 250 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 CON CC | 8 | M | | | 2.090,95 | 1.908,02 | 124,47 | 124,47 | 187,03 | 470,95 | 16 |
| 251 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 NO CC | 8 | M | | | 1.356,06 | 1.237,95 | 124,47 | 124,47 | 176,45 | 498,76 | 10 |
| 252 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA<18 | 8 | M | | | 1.053,30 | 961,00 | 124,47 | 124,47 | 257,73 | 686,92 | 5 |
| 253 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA>17 CON CC | 8 | M | | | 2.306,86 | 2.104,93 | 124,47 | 124,47 | 210,41 | 416,38 | 23 |
| 254 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA>17 NO CC | 8 | M | | | 1.305,45 | 1.191,41 | 124,47 | 124,47 | 155,86 | 415,27 | 12 |
| 255 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA<18 | 8 | M | | | 1.397,32 | 1.275,38 | 124,47 | 124,47 | 222,1 | 592,3 | 7 |
| 256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO | 8 | M | potenzialmente inappropriato | | 1.527,95 | 1.395,02 | 124,47 | 124,47 | 180,86 | 481,94 | 12 |
| 257 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC | 9 | C | | | 2.949,88 | 2.692,04 | 2.359,90 | 2.153,63 | 214,31 | 416,38 | 12 |
| 258 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC | 9 | C | | | 2.307,46 | 2.106,17 | 1.845,96 | 1.684,94 | 204,85 | 473,17 | 10 |
| 259 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC | 9 | C | | | 2.891,47 | 2.638,60 | 2.313,17 | 2.110,89 | 195,38 | 521,03 | 7 |
| 260 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC | 9 | C | | | 1.865,10 | 1.702,32 | 1.492,08 | 1.361,86 | 169,77 | 453,11 | 5 |
| 261 C-INT.MAMMELLA,NON NEOPLAS. MAL.ECCETTO BIOPSIA E ESCISS.LOC | 9 | C | | | 2.237,78 | 2.043,09 | 1.790,23 | 1.633,76 | 249,38 | 507,68 | 7 |
| 262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI | 9 | C | potenzialmente inappropriato | | 1.242,75 | 1.134,47 | 1.218,17 | 1.111,83 | 253,74 | 601,1 | 2 |
| 263 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. CON CC | 9 | C | | | 7.537,60 | 6.879,23 | 6.030,09 | 5.503,38 | 140,83 | 341,79 | 28 |
| 264 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC | 9 | C | | | 3.907,62 | 3.566,14 | 3.126,10 | 2.852,91 | 128,02 | 375,19 | 22 |
| 265 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL.CON CC | 9 | C | | | 4.301,47 | 3.925,67 | 3.441,17 | 3.140,53 | 228,22 | 465,38 | 15 |
| 266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC | 9 | C | | | 2.173,76 | 1.984,64 | 1.739,01 | 1.587,24 | 177,01 | 470,95 | 7 |
| 267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI | 9 | C | potenzialmente inappropriato | | 1.560,19 | 1.423,62 | 1.423,35 | 1.299,28 | 231,4 | 455,34 | 5 |
| 268 C-CHIRURGIA PLASTICA PELLE, TESS.SOTTOCUTANEO, MAMMELLA | 9 | C | | | 2.230,79 | 2.036,11 | 1.784,63 | 1.628,89 | 228,22 | 562,24 | 7 |
| 269 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA CON CC | 9 | C | potenzialmente inappropriato | | 4.126,49 | 3.765,87 | 3.301,19 | 3.012,70 | 266,28 | 664,06 | 33 |
| 270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC | 9 | C | potenzialmente inappropriato | | 903,43 | 824,47 | 1.445,91 | 1.319,69 | 220,23 | 506,42 | 7 |
| 271 M-ULCERE PELLE | 9 | M | | | 3.693,54 | 3.371,25 | 124,47 | 124,47 | 195,94 | 362,95 | 26 |
| 272 M-MALATTIE MAGG. PELLE CON CC | 9 | M | | | 3.233,38 | 2.950,65 | 124,47 | 124,47 | 243,81 | 496,55 | 25 |
| 273 M-MALATTIE MAGG. PELLE NO CC | 9 | M | | | 2.031,46 | 1.854,04 | 124,47 | 124,47 | 217,64 | 365,17 | 16 |
| 274 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC | 9 | M | | | 3.570,80 | 3.258,98 | 124,47 | 124,47 | 207,08 | 546,65 | 30 |
| 275 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA NO CC | 9 | M | | | 1.838,32 | 1.677,76 | 124,47 | 124,47 | 172,55 | 391,9 | 13 |
| 276 M-PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA | 9 | M | potenzialmente inappropriato | | 715,44 | 652,93 | 124,47 | 124,47 | 217,04 | 575,58 | 12 |

| | | | | | | | | | | |
|---|----|---|------------------------------|-----------|----------|----------|----------|--------|----------|----|
| 277 M-CELLULITE, ETA>17 CON CC | 9 | M | | 2.788,32 | 2.544,58 | 124,47 | 124,47 | 142,5 | 379,65 | 24 |
| 278 M-CELLULITE, ETA>17 NO CC | 9 | M | | 1.833,09 | 1.673,11 | 124,47 | 124,47 | 140,83 | 375,19 | 17 |
| 279 M-CELLULITE, ETA<18 | 9 | M | | 2.219,04 | 2.025,51 | 124,47 | 124,47 | 266,07 | 423,06 | 13 |
| 280 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA>17 CON CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 1.606,61 | 1.466,03 | 124,47 | 124,47 | 283,81 | 428,45 | 16 |
| 281 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA>17 NO CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 1.025,62 | 935,97 | 124,47 | 124,47 | 266,51 | 475,56 | 10 |
| 282 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA<18 | 9 | M | | 1.025,11 | 935,61 | 124,47 | 124,47 | 238,85 | 636,22 | 5 |
| 283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 1.500,70 | 1.369,68 | 124,47 | 124,47 | 151,07 | 403,22 | 19 |
| 284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 887,32 | 809,53 | 124,47 | 124,47 | 216,5 | 404,28 | 13 |
| 285 C-AMPUTAZ. ARTO INF. PER DIST. ENDOCR. NUTR. METAB. | 10 | C | alta complessità | 11.418,02 | 7.452,02 | 9.134,41 | 5.961,62 | 140,27 | 332,87 | 50 |
| 286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI | 10 | C | alta complessità | 8.300,05 | 6.483,75 | 6.640,03 | 5.187,00 | 278,33 | 506,57 | 17 |
| 287 C-TRAP. CUTAN. SBIGL. FER. PER DIST. END. NUTR. METAB | 10 | C | alta complessità | 7.556,07 | 5.888,00 | 6.044,86 | 4.710,40 | 182,03 | 374,08 | 15 |
| 288 C-INTERVENTI PER OBESITA' | 10 | C | alta complessità | 6.596,74 | 5.518,26 | 5.277,38 | 4.414,61 | 195,94 | 776 | 18 |
| 289 C-INTERVENTI SU PARATIROIDI | 10 | C | | 3.163,57 | 2.887,24 | 2.530,84 | 2.309,79 | 252,16 | 435,3 | 10 |
| 290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE | 10 | C | | 2.298,49 | 2.097,78 | 1.838,79 | 1.678,23 | 177,57 | 474,28 | 7 |
| 291 C-INTERVENTI SUL DOTTO TIROGLOSSO | 10 | C | | 1.452,69 | 1.325,71 | 1.162,15 | 1.060,56 | 215,99 | 562,24 | 5 |
| 292 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR. METABOL. CON CC | 10 | C | | 8.435,42 | 7.698,14 | 6.748,33 | 6.158,52 | 365,17 | 974,18 | 17 |
| 293 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR. METABOL. NO CC | 10 | C | | 3.482,36 | 3.178,10 | 2.785,89 | 2.542,48 | 138,6 | 369,63 | 11 |
| 294 M-DIABETE, ETA>35 | 10 | M | potenzialmente inappropriato | 1.615,22 | 1.474,70 | 124,47 | 124,47 | 140,43 | 374,5 | 19 |
| 295 M-DIABETE, ETA<36 | 10 | M | | 2.291,20 | 2.090,95 | 124,47 | 124,47 | 278,89 | 411,92 | 16 |
| 296 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA>17 CON CC | 10 | M | | 2.904,11 | 2.649,87 | 124,47 | 124,47 | 243,81 | 446,44 | 22 |
| 297 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA>17 NO CC | 10 | M | | 1.626,57 | 1.484,62 | 124,47 | 124,47 | 218,2 | 426,4 | 16 |
| 298 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA<18 | 10 | M | | 1.417,44 | 1.293,83 | 124,47 | 124,47 | 218,77 | 464,25 | 7 |
| 299 M-DIFETTI CONGENITI METABOLISMO | 10 | M | | 2.589,95 | 2.363,65 | 124,47 | 124,47 | 248,82 | 662,43 | 11 |
| 300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC | 10 | M | potenzialmente inappropriato | 2.788,70 | 2.545,25 | 124,47 | 124,47 | 244,91 | 424,07 | 22 |
| 301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC | 10 | M | potenzialmente inappropriato | 1.211,41 | 1.106,01 | 124,47 | 124,47 | 160,12 | 426,62 | 12 |
| 302 C-TRAPIANTO RENALE | 11 | C | alta complessità | 51.182,53 | 0 | 0 | 0 | 789,53 | 1.973,56 | 36 |
| 303 C-INT. RENE, URETERE E INT. MAGG. VESCICA PER NEOPLASIA | 11 | C | alta complessità | 8.588,12 | 7.184,64 | 6.870,50 | 5.747,71 | 196,5 | 524,38 | 30 |
| 304 C-INT. RENE, URETERE E INT. MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA CON CC | 11 | C | alta complessità | 7.813,38 | 6.526,81 | 6.250,71 | 5.221,45 | 242,7 | 542,19 | 28 |
| 305 C-INT. RENE, URETERE E INT. MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA NO CC | 11 | C | alta complessità | 5.742,57 | 3.126,91 | 4.594,05 | 2.501,53 | 236,58 | 416,38 | 17 |
| 306 C-PROSTATECTOMIA CON CC | 11 | C | | 3.932,65 | 3.588,81 | 3.146,11 | 2.871,04 | 234,91 | 415,27 | 17 |
| 307 C-PROSTATECTOMIA NO CC | 11 | C | | 2.146,14 | 1.959,43 | 1.716,93 | 1.567,03 | 194,82 | 355,15 | 12 |
| 308 C-INTERVENTI MINORI VESCICA CON CC | 11 | C | | 4.417,24 | 4.031,54 | 3.533,80 | 3.225,23 | 304,49 | 641,27 | 29 |
| 309 C-INTERVENTI MINORI VESCICA NO CC | 11 | C | | 2.248,47 | 2.052,42 | 1.798,77 | 1.641,93 | 169,21 | 452,01 | 13 |
| 310 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE CON CC | 11 | C | | 2.740,05 | 2.500,95 | 2.192,04 | 2.000,76 | 279,44 | 438,65 | 15 |
| 311 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE NO CC | 11 | C | | 1.603,21 | 1.465,56 | 1.284,17 | 1.172,34 | 173,67 | 463,14 | 7 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----|---|------------------------------|----------|----------|---------------|---------------|--------|--------|----|
| 312 C-INTERVENTI URETRA, ETA>17 CON CC | 11 | C | | 2.398,04 | 2.188,28 | 1.918,43 | 1.750,62 | 226,55 | 444,22 | 15 |
| 313 C-INTERVENTI URETRA, ETA>17 NO CC | 11 | C | | 1.440,15 | 1.314,86 | 1.152,13 | 1.051,58 | 201,51 | 404,14 | 10 |
| 314 C-INTERVENTI URETRA, ETA<18 | 11 | C | | 1.302,22 | 1.188,67 | 1.041,77 | 950,93 | 215,99 | 651,29 | 16 |
| 315 C-ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE | 11 | C | | 6.041,83 | 5.513,79 | 4.833,47 | 4.411,03 | 235,47 | 640,16 | 30 |
| 316 M-INSUFFICIENZA RENALE | 11 | M | | 3.826,68 | 3.492,18 | 124,47 | 124,47 | 272,2 | 563,35 | 22 |
| 317 M-RICOVERO PER DIALISI RENALE | 11 | M | | 1.505,83 | 1.374,38 | 124,47 | 124,47 | 183,69 | 149,18 | 10 |
| 318 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE CON CC | 11 | M | | 3.469,58 | 3.166,47 | 124,47 | 124,47 | 302,83 | 492,09 | 30 |
| 319 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE NO CC | 11 | M | | 1.564,33 | 1.427,61 | 124,47 | 124,47 | 222,1 | 522,14 | 16 |
| 320 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 CON CC | 11 | M | | 2.909,87 | 2.655,92 | 124,47 | 124,47 | 222,1 | 467,59 | 20 |
| 321 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 NO CC | 11 | M | | 1.929,09 | 1.760,96 | 124,47 | 124,47 | 175,34 | 405,25 | 17 |
| 322 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA<18 | 11 | M | | 1.971,55 | 1.799,35 | 124,47 | 124,47 | 182,03 | 486,52 | 8 |
| 323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRISIA CON ULTRASUONI | 11 | M | potenzialmente inappropriato | 2.165,88 | 1.976,68 | vedi delibera | vedi delibera | 261,89 | 445,99 | 13 |
| 324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC | 11 | M | potenzialmente inappropriato | 1.014,22 | 1.003,33 | 124,47 | 124,47 | 190,97 | 411,72 | 10 |
| 325 M-SEGNI, SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 CON CC | 11 | M | potenzialmente inappropriato | 1.922,47 | 1.754,28 | 124,47 | 124,47 | 273,95 | 401,06 | 16 |
| 326 M-SEGNI, SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 NO CC | 11 | M | potenzialmente inappropriato | 1.182,73 | 1.079,60 | 124,47 | 124,47 | 235,65 | 417,04 | 11 |
| 327 M-SEGNI, SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA<18 | 11 | M | | 2.088,14 | 1.905,80 | 124,47 | 124,47 | 273,87 | 483,2 | 7 |
| 328 M-STENOSI URETRALE, ETA>17 CON CC | 11 | M | | 1.963,40 | 1.791,80 | 124,47 | 124,47 | 163,65 | 297,25 | 22 |
| 329 M-STENOSI URETRALE, ETA>17 NO CC | 11 | M | | 1.269,37 | 1.158,27 | 124,47 | 124,47 | 134,15 | 357,38 | 10 |
| 330 M-STENOSI URETRALE, ETA<18 | 11 | M | | 839,61 | 766,35 | 124,47 | 124,47 | 188,7 | 282,79 | 15 |
| 331 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA>17 CON CC | 11 | M | | 3.013,48 | 2.749,95 | 124,47 | 124,47 | 234,91 | 489,86 | 22 |
| 332 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA>17 NO CC | 11 | M | | 1.649,85 | 1.505,56 | 124,47 | 124,47 | 234,91 | 435,3 | 16 |
| 333 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA<18 | 11 | M | | 2.845,55 | 2.597,18 | 124,47 | 124,47 | 300,59 | 543,3 | 18 |
| 334 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE CON CC | 12 | C | alta complessità | 6.437,88 | 4.800,57 | 5.150,29 | 3.840,45 | 227,12 | 516,59 | 20 |
| 335 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE NO CC | 12 | C | alta complessità | 5.180,39 | 3.681,82 | 4.144,32 | 2.945,44 | 220,98 | 494,32 | 14 |
| 336 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC | 12 | C | | 2.685,95 | 2.451,50 | 2.148,75 | 1.961,20 | 197,05 | 372,96 | 17 |
| 337 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE NO CC | 12 | C | | 1.890,07 | 1.725,63 | 1.512,06 | 1.380,00 | 190,93 | 362,95 | 9 |
| 338 C-INTERV. SUL TESTICOLO, PER NEOPLASIA MALIGNA | 12 | C | | 2.896,54 | 2.643,46 | 2.317,23 | 2.114,77 | 243,81 | 475,38 | 5 |
| 339 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA>17 | 12 | C | | 2.247,02 | 2.050,67 | 1.797,61 | 1.640,54 | 205,95 | 548,87 | 5 |
| 340 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA<18 | 12 | C | | 1.358,39 | 1.239,70 | 1.086,72 | 991,76 | 322,3 | 590,06 | 5 |
| 341 C-INTERVENTI PENE | 12 | C | | 2.987,30 | 2.726,67 | 2.389,84 | 2.181,34 | 219,88 | 935,2 | 15 |
| 342 C-CIRCONCISIONE, ETA>17 | 12 | C | | 889,48 | 812,12 | 711,59 | 649,70 | 285,56 | 709,19 | 12 |
| 343 C-CIRCONCISIONE, ETA<18 | 12 | C | | 593,37 | 541,60 | 474,71 | 433,28 | 263,29 | 612,33 | 5 |
| 344 C-ALTRI INT. APP. RIPRODUT. MASCH., PER NEOPLASIE MALIGNI | 12 | C | | 3.261,29 | 2.976,23 | 2.609,05 | 2.380,99 | 198,16 | 528,84 | 21 |
| 345 C-ALTRI INT. APP. RIPRODUT. MASCH., NO NEOPLASIE MALIGNI | 12 | C | | 2.321,19 | 2.118,15 | 1.856,95 | 1.694,52 | 243,81 | 407,47 | 13 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------|--------|----|
| 346 M-NEOPLASIE MALIGNI APP.GENITALE MASCHILE CON CC | 12 | M | | 3.057,10 | 2.789,50 | 124,47 | 124,47 | 266,07 | 482,07 | 28 |
| 347 M-NEOPLASIE MALIGNI APP.GENITALE MASCHILE NO CC | 12 | M | | 1.580,04 | 1.442,16 | 124,47 | 124,47 | 248,27 | 433,09 | 18 |
| 348 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC | 12 | M | | 2.103,03 | 1.919,20 | 124,47 | 124,47 | 209,3 | 453,11 | 13 |
| 349 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA NO CC | 12 | M | | 1.219,34 | 1.112,88 | 124,47 | 124,47 | 208,19 | 420,84 | 12 |
| 350 M-INFIAMMAZIONE APP.RIPRODUTTIVO MASCHILE | 12 | M | | 1.990,25 | 1.816,30 | 124,47 | 124,47 | 238,81 | 509,9 | 13 |
| 352 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE | 12 | M | | 1.721,19 | 1.570,73 | 124,47 | 124,47 | 207,63 | 553,33 | 10 |
| 353 C-EVISCERAZIONE PELVI, ISTEROCT.RADICALE E VULVECTOMIA RAD. | 13 | C | alta complessità | 6.887,06 | 5.153,53 | 5.509,64 | 4.122,83 | 277,21 | 585,62 | 16 |
| 354 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. | 13 | C | | 4.061,08 | 3.705,87 | 3.248,87 | 2.964,70 | 190,93 | 274,98 | 24 |
| 355 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. NO CC | 13 | C | | 2.620,79 | 2.391,57 | 2.096,63 | 1.913,26 | 143,61 | 431,98 | 12 |
| 356 C-INTERV. RICOSTRUTTIVI APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 13 | C | | 2.169,36 | 1.979,69 | 1.735,48 | 1.583,76 | 145,83 | 389,65 | 8 |
| 357 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, PER NEOPLASIE MALIGNI OVAIE/ANNESSI | 13 | C | alta complessità | 7.476,07 | 6.254,39 | 5.980,86 | 5.003,51 | 205,95 | 548,87 | 20 |
| 358 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE MALIGNI CON CC | 13 | C | | 3.283,54 | 2.996,57 | 2.626,83 | 2.397,26 | 213,19 | 475,38 | 14 |
| 359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC | 13 | C | | 2.406,34 | 2.196,99 | 1.925,08 | 1.756,86 | 173,12 | 462,03 | 8 |
| 360 C-INTERVENTI VAGINA, CERVICE, VULVA | 13 | C | | 2.380,70 | 2.172,62 | 1.904,56 | 1.738,10 | 263,85 | 703,62 | 10 |
| 361 C-LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE | 13 | C | | 2.898,12 | 2.644,73 | 2.318,50 | 2.115,78 | 273,32 | 729,24 | 5 |
| 362 C-OCCLUSIONE ENDOSCOPIA DELLE TUBE | 13 | C | | 1.500,24 | 1.369,35 | 1.200,20 | 1.095,48 | 173,67 | 458,68 | 2 |
| 363 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZ., IMPIANTO MAT.RADIOAT.NEOP.MAL | 13 | C | | 1.929,09 | 1.760,38 | 1.543,27 | 1.408,30 | 289,46 | 525,49 | 15 |
| 364 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCEP.TO NEOP.L.MALIG | 13 | C | potenzialmente inappropriato | 806,21 | 735,85 | 1.222,89 | 1.177,35 | 242,57 | 687,28 | 7 |
| 365 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 13 | C | | 5.071,86 | 4.628,84 | 4.057,49 | 3.703,06 | 199,28 | 531,05 | 12 |
| 366 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP.RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC | 13 | M | | 3.751,72 | 3.424,19 | 124,47 | 124,47 | 277,77 | 567,79 | 30 |
| 367 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP.RIPRODUTTIVO FEMMINILE NO CC | 13 | M | | 1.483,48 | 1.354,31 | 124,47 | 124,47 | 272,2 | 440,88 | 16 |
| 368 M-INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 13 | M | | 2.617,32 | 2.388,53 | 124,47 | 124,47 | 189,26 | 504,33 | 13 |
| 369 M-DISTURBI MESTRUALI ET ALTRI DISTURBI DELL'APP.RIPRODUT.FEMM. | 13 | M | | 1.579,11 | 1.440,95 | 124,47 | 124,47 | 289,46 | 502,11 | 7 |
| 370 C-TAGLIO CESAREO CON CC | 14 | C | | 2.539,35 | 2.318,43 | 2.031,48 | 1.854,26 | 207,63 | 554,43 | 11 |
| 371 C-TAGLIO CESAREO NO CC | 14 | C | | 1.805,65 | 1.648,56 | 1.444,52 | 1.318,33 | 182,58 | 486,52 | 8 |
| 372 M-PARTO VAGINALE CON CC | 14 | M | | 1.370,47 | 1.251,24 | 124,47 | 124,47 | 268,31 | 639,06 | 6 |
| 373 M-PARTO VAGINALE NO CC | 14 | M | | 981,70 | 896,29 | 758,80 | 692,47 | 212,08 | 565,57 | 5 |
| 374 C-PARTO VAG. CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAM. | 14 | C | | 1.644,10 | 1.501,06 | 1.315,28 | 1.200,10 | 276,66 | 591,18 | 6 |
| 375 C-PARTO VAG. CON ALTRO INT. ECCEP.TO STERIL. E/O DILAT. E RASC. | 14 | C | | 1.642,88 | 1.499,11 | 1.314,29 | 1.199,30 | 364,62 | 564,47 | 8 |
| 376 M-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO NO INT. | 14 | M | | 1.059,55 | 967,37 | 124,47 | 124,47 | 238,81 | 456,46 | 10 |

[illegible]

| | | | | | | | | | | |
|---|----|---|------------------------------|-----------|----------|----------|----------|--------|----------|----|
| 407 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL.POCO DIF. CON INT. MAGG. NO CC | 17 | C | alta complessità | 5.943,37 | 3.249,42 | 4.754,70 | 2.599,54 | 184,81 | 493,2 | 17 |
| 408 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL. POCO DIF. CON ALTRI INT. | 17 | C | | 4.097,86 | 3.739,49 | 3.278,29 | 2.991,59 | 323,98 | 673,56 | 15 |
| 409 M-RADIOTERAPIA | 17 | M | | 2.933,37 | 2.677,16 | 124,47 | 124,47 | 291,68 | 395,23 | 7 |
| 410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN.SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA | 17 | M | | 1.808,47 | 1.650,71 | 124,47 | 124,47 | 293,92 | 605,66 | 8 |
| 411 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA | 17 | M | | 1.313,58 | 1.198,40 | 124,47 | 124,47 | 178,12 | 355,15 | 16 |
| 412 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA | 17 | M | | 1.263,06 | 1.152,88 | 124,47 | 124,47 | 274,43 | 355,15 | 17 |
| 413 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. CON CC | 17 | M | | 4.115,31 | 3.755,20 | 124,47 | 124,47 | 244,37 | 450,9 | 30 |
| 414 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. NO CC | 17 | M | | 2.115,83 | 1.930,82 | 124,47 | 124,47 | 168,66 | 449,79 | 18 |
| 415 C-INTERV. CHIRURGICI PER MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE | 18 | C | alta complessità | 11.381,66 | 9.521,72 | 9.105,32 | 7.617,37 | 287,24 | 554,43 | 49 |
| 416 M-SETTICEMIA, ETA >17 | 18 | M | | 4.697,65 | 4.286,92 | 124,47 | 124,47 | 227,68 | 456,46 | 31 |
| 417 M-SETTICEMIA, ETA <18 | 18 | M | | 2.662,62 | 2.429,93 | 124,47 | 124,47 | 263,29 | 426,4 | 17 |
| 418 M-INFIEZIONI POST-OPERATORIE E POST-TRAUMATICHE | 18 | M | | 2.871,84 | 2.621,24 | 124,47 | 124,47 | 243,25 | 466,49 | 24 |
| 419 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA >17 CON CC | 18 | M | | 2.818,70 | 2.572,58 | 124,47 | 124,47 | 185,36 | 494,32 | 17 |
| 420 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA >17 NO CC | 18 | M | | 2.008,79 | 1.833,09 | 124,47 | 124,47 | 160,31 | 428,63 | 16 |
| 421 M-MALAT. DI ORIGINE VIRALE, ETA >17 | 18 | M | | 2.042,27 | 1.863,84 | 124,47 | 124,47 | 194,27 | 517,7 | 14 |
| 422 M-MALAT. DI ORIG. VIRALE E FEBBRE DI ORIG. SCONOSCIUTA, ETA <18 | 18 | M | | 2.263,79 | 2.065,78 | 124,47 | 124,47 | 266,07 | 542,19 | 10 |
| 423 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE | 18 | M | | 4.740,17 | 4.326,22 | 124,47 | 124,47 | 272,77 | 605,66 | 22 |
| 424 C-INT.CHIRUR.DI QUAL.TIPO IN PAZ.CON DIAG.PR.DI MALAT.MENTALE | 19 | C | | 7.138,77 | 6.514,51 | 5.711,02 | 5.211,61 | 237,69 | 682,43 | 18 |
| 425 M-REAZ.ACUTA DA ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE | 19 | M | | 2.090,39 | 1.907,46 | 124,47 | 124,47 | 260,51 | 444,22 | 16 |
| 426 M-NEVROSI DEPRESSIVA | 19 | M | potenzialmente inappropriato | 1.195,38 | 1.091,00 | 124,47 | 124,47 | 204,27 | 365,98 | 16 |
| 427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVA | 19 | M | potenzialmente inappropriato | 976,47 | 890,88 | 124,47 | 124,47 | 219,7 | 383 | 16 |
| 428 M-DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI | 19 | M | | 2.285,61 | 2.085,92 | 124,47 | 124,47 | 202,62 | 434,19 | 19 |
| 429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE | 19 | M | potenzialmente inappropriato | 1.476,03 | 1.347,19 | 124,47 | 124,47 | 152,14 | 406,42 | 22 |
| 430 M-PSICOSI | 19 | M | | 2.682,21 | 2.447,84 | 124,47 | 124,47 | 194,27 | 382,98 | 22 |
| 431 M-DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA | 19 | M | | 1.774,34 | 1.619,39 | 124,47 | 124,47 | 168,11 | 447,55 | 15 |
| 432 M-ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI | 19 | M | | 2.110,52 | 1.925,93 | 124,47 | 124,47 | 189,82 | 524,38 | 12 |
| 433 M-ABUSO/DIPEND.DA ALCOOL/FARMACI DIMESSO CONTRO PARERE SANIT. | 20 | M | | 1.051,62 | 959,88 | 812,85 | 741,93 | 303,94 | 377,42 | 7 |
| 439 C-TRAPIANTO DI PELLE PER TRAUMATISMO | 21 | C | | 3.597,90 | 3.283,54 | 2.878,32 | 2.626,83 | 231,01 | 615,68 | 12 |
| 440 C-SBRIGLIAMENTO FERITA PER TRAUMATISMO | 21 | C | | 5.447,76 | 4.971,75 | 4.358,21 | 3.977,39 | 385,76 | 1.028,72 | 22 |
| 441 C-INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO | 21 | C | | 2.172,05 | 1.982,42 | 1.737,64 | 1.583,94 | 227,68 | 643,51 | 12 |
| 442 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC | 21 | C | alta complessità | 8.133,34 | 5.173,68 | 6.506,67 | 4.138,93 | 302,83 | 574,49 | 27 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|--------|----------|----|
| 443 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO NO CC | 21 | C | alta complessità | 4.662,96 | 2.035,58 | 3.730,37 | 1.628,46 | 226,55 | 501,01 | 15 |
| 444 M-TRAUMATISMI, ETA >17 CON CC | 21 | M | | 2.358,42 | 2.152,48 | 124,47 | 124,47 | 219,88 | 463,14 | 16 |
| 445 M-TRAUMATISMI, ETA >17 NO CC | 21 | M | | 1.434,59 | 1.309,52 | 124,47 | 124,47 | 215,42 | 420,84 | 11 |
| 446 M-TRAUMATISMI, ETA <18 | 21 | M | | 1.444,87 | 1.318,45 | 124,47 | 124,47 | 296,7 | 574,49 | 7 |
| 447 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA >17 | 21 | M | | 1.517,78 | 1.385,14 | 124,47 | 124,47 | 274,98 | 444,22 | 10 |
| 448 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA <18 | 21 | M | | 1.045,47 | 953,72 | 124,47 | 124,47 | 278,89 | 484,3 | 5 |
| 449 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA >17 | 21 | M | | 2.340,98 | 2.136,25 | 124,47 | 124,47 | 264,97 | 469,82 | 16 |
| 450 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA >17 | 21 | M | | 1.334,53 | 1.218,18 | 124,47 | 124,47 | 258,84 | 538,84 | 10 |
| 451 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA <18 | 21 | M | | 1.562,89 | 1.426,42 | 124,47 | 124,47 | 282,23 | 752,62 | 5 |
| 452 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO CON CC | 21 | M | | 2.536,76 | 2.315,26 | 124,47 | 124,47 | 202,62 | 539,97 | 21 |
| 453 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO NO CC | 21 | M | | 1.288,57 | 1.175,72 | 124,47 | 124,47 | 179,79 | 479,84 | 10 |
| 454 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM., EFFETTI TOSSICI CON CC | 21 | M | | 2.738,30 | 2.498,62 | 124,47 | 124,47 | 291,68 | 283,9 | 14 |
| 455 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM., EFFETTI TOSSICI NO CC | 21 | M | | 1.274,60 | 1.162,91 | 124,47 | 124,47 | 153,08 | 563,35 | 10 |
| 461 C-INTERV. CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON S.S.N. | 23 | C | | 2.613,41 | 2.385,18 | 2.090,72 | 1.908,14 | 230,46 | 466,49 | 10 |
| 462 M-RIABILITAZIONE | 23 | M | | 5.283,31 | 4.821,27 | 124,47 | 124,47 | 98,52 | 521,03 | 73 |
| 463 M-SEGNI E SINTOMI CON CC | 23 | M | | 2.159,19 | 1.970,68 | 124,47 | 124,47 | 160,31 | 395,23 | 20 |
| 464 M-SEGNI E SINTOMI NO CC | 23 | M | | 1.355,37 | 1.236,78 | 124,47 | 124,47 | 148,07 | 426,4 | 13 |
| 465 M-ASS. RIABILITAT. CON ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA. SEC | 23 | M | | 1.047,70 | 955,97 | 124,47 | 124,47 | 215,99 | 575,6 | 12 |
| 466 M-ASS. RIABILITAT. NO ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA. SEC | 23 | M | | 1.580,80 | 1.442,62 | 124,47 | 124,47 | 187,59 | 501,01 | 15 |
| 467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE | 23 | M | potenzialmente inappropriato | 924,89 | 843,75 | 124,47 | 124,47 | 150,01 | 400,02 | 10 |
| 468 C-INTERV. CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO ALLA DIAGN. PRINC. | C | | | 10.146,54 | 9.259,94 | 8.117,24 | 7.407,95 | 298,38 | 794,92 | 37 |
| 469 -DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 470 -NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 471 C-INT. MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZ. ARTI INF. | 8 | C | alta complessità | 16.704,69 | 10.554,34 | 13.363,75 | 8.443,47 | 231,57 | 586,73 | 38 |
| 473 M-LEUCEMIE ACUTE NO INTERVENTI MAGGIORI, ETA >17 | 17 | M | alta complessità | 23.342,27 | 9.315,87 | 124,47 | 124,47 | 619,57 | 1.406,14 | 65 |
| 475 M-DIAGN. RELATIVA APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZ. ASSIST. | 4 | M | alta complessità | 11.641,76 | 9.739,32 | 124,47 | 124,47 | 365,17 | 896,24 | 44 |
| 476 C-INTERV. CHIRURGICO PROSTATI NON CORRELATO DIAGN. PRINC. | C | | | 6.531,85 | 5.961,28 | 5.225,48 | 4.769,02 | 252,73 | 551,11 | 45 |
| 477 C-INTERV. CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAG. PRINC. | C | | | 4.254,06 | 3.882,64 | 3.403,25 | 3.106,11 | 206,51 | 549,97 | 32 |
| 478 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC | 5 | C | | 6.422,76 | 5.861,16 | 5.138,21 | 4.688,92 | 243,25 | 649,08 | 28 |
| 479 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC | 5 | C | | 3.773,56 | 3.444,09 | 3.018,85 | 2.755,26 | 217,64 | 536,63 | 17 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----|
| 480 C-TRAPIANTO DI FEGATO | C | | alta complessità | 94.805,20 | 0 | 0 | 0 | 901,31 | 2.331,89 | 75 |
| 481 C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO | C | | alta complessità | 49.879,33 | 49.879,33 | 39.903,46 | 39.903,46 | 1.089,79 | 3.891,25 | 53 |
| 482 C-TRACHEOSTOMIA PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO | C | | alta complessità | 12.832,68 | 9.430,55 | 10.266,14 | 7.544,44 | 239,91 | 551,11 | 54 |
| 483 C-TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO | C | | alta complessità | 50.000,00 | 41.829,71 | 40.000,00 | 33.463,76 | 526,61 | 1.520,82 | 94 |
| 484 C-CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | 24 | C | alta complessità | 21.268,10 | 17.792,67 | 17.014,48 | 14.234,14 | 516,58 | 841,67 | 56 |
| 485 C-REIMPIANTO DI ARTI, INTERV. SU ANCA E FEMORE PER TRAUMAT. MULT. | 24 | C | alta complessità | 15.459,53 | 8.575,81 | 12.367,62 | 6.860,65 | 336,77 | 898,45 | 36 |
| 486 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEV. | 24 | C | alta complessità | 15.611,68 | 13.060,91 | 12.489,35 | 10.448,73 | 364,06 | 822,75 | 42 |
| 487 M-ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | 24 | M | alta complessità | 6.549,19 | 5.254,79 | 124,47 | 124,47 | 359,04 | 649,08 | 22 |
| 488 C-HIV ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO | 25 | C | alta complessità | 13.470,93 | 11.248,51 | 10.776,74 | 8.998,82 | 212,65 | 567,79 | 2 |
| 489 M-HIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE | 25 | M | alta complessità | 7.871,56 | 5.185,98 | 124,47 | 124,47 | 189,26 | 504,33 | 47 |
| 490 M-HIV ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE | 25 | M | | 3.348,42 | 3.055,87 | 124,47 | 124,47 | 216,54 | 577,81 | 24 |
| 491 C-INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI SUP. | 8 | C | alta complessità | 5.984,76 | 4.245,11 | 4.787,82 | 3.396,09 | 191,48 | 478,73 | 19 |
| 492 M-CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA | 17 | M | | 8.253,06 | 7.532,02 | 124,47 | 124,47 | 251,6 | 671,35 | 26 |
| 493 C-COLECISTECTOMIA LAPAR.SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE CON CC | 7 | C | alta complessità | 5.981,98 | 4.580,73 | 4.785,58 | 3.664,59 | 216,54 | 503,22 | 26 |
| 494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR.SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC | 7 | C | alta complessità | 3.324,37 | 2.371,19 | 2.659,49 | 1.896,95 | 209,86 | 505,46 | 7 |
| 495 C-TRAPIANTO DI POLMONE | | C | alta complessità | 51.781,00 | 0 | 0 | 0 | 233,4 | 614,74 | 44 |
| 496 C-ARTRODESI VERTEBRALE APPROCCIO ANTER/POSTER COMBINATO | 8 | C | alta complessità | 19.670,02 | 8.440,95 | 6.398,57 | 3.987,15 | 212,08 | 457,57 | 50 |
| 497 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON CC | 8 | C | alta complessità | 15.881,54 | 8.248,54 | 6.398,57 | 3.987,15 | 212,08 | 457,57 | 23 |
| 498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC | 8 | C | alta complessità | 11.636,24 | 4.003,24 | 3.055,81 | 2.326,80 | 160,86 | 428,63 | 15 |
| 499 C-INTERV. DORSO E COLLO ECCETTO ARTRODESI VERTEB CON CC | 8 | C | alta complessità | 6.464,58 | 5.494,89 | 6.398,57 | 3.987,15 | 212,08 | 457,57 | 23 |
| 500 C-INTERV.DORSO E COLLO ECCETTO ARTRODESI VERTEB SENZA CC | 8 | C | alta complessità | 3.878,74 | 3.025,42 | 3.055,81 | 2.326,80 | 160,86 | 428,63 | 8 |
| 501 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE CON CC | 8 | C | | 7.961,74 | 7.266,35 | 4.102,66 | 3.744,33 | 203,82 | 443,8 | 93 |
| 502 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE SENZA CC | 8 | C | | 5.307,83 | 4.844,23 | 2.091,65 | 1.908,82 | 188,31 | 502,16 | 29 |
| 503 C-INTERV. GINOCCHIO SENZA DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE | 8 | C | potenzialmente inappropriato | 2.614,82 | 2.386,03 | 2.091,65 | 1.908,82 | 188,31 | 502,16 | 5 |
| 504 C-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO CON INNESTO DI CUTE | 22 | C | alta complessità | 37.791,33 | 31.616,23 | 30.233,06 | 25.292,98 | 323,98 | 227,12 | 73 |
| 505 M-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO SENZA INNESTO DI CUTE | 22 | M | alta complessità | 10.570,07 | 8.842,92 | 124,47 | 124,47 | 269,98 | 720,33 | 27 |
| 506 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. SI CC/TRAUMA | 22 | C | alta complessità | 20.820,84 | 17.418,72 | 16.656,67 | 13.934,97 | 309,5 | 824,99 | 43 |
| 507 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TRAUMA | 22 | C | alta complessità | 8.281,73 | 6.928,49 | 6.625,38 | 5.542,79 | 309,5 | 824,99 | 31 |
| 508 M-UST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. CC/TRAUMA | 22 | M | alta complessità | 5.483,80 | 4.587,74 | 124,47 | 124,47 | 174,79 | 465,38 | 47 |

| | | | | | | | | | | |
|---|----|---|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|----------|----|
| 509 M-MUST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TR. | 22 | M | alta complessità | 3.072,39 | 2.570,36 | 124,47 | 124,47 | 174,79 | 465,38 | 28 |
| 510 M-MUSTIONI NON ESTESE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO | 22 | M | alta complessità | 5.785,75 | 4.840,36 | 124,47 | 124,47 | 174,79 | 465,38 | 32 |
| 511 M-MUSTIONI NON ESTESE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO | 22 | M | alta complessità | 3.237,75 | 2.708,70 | 124,47 | 124,47 | 174,79 | 465,38 | 15 |
| 512 C-TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE | | C | alta complessità | 65.027,00 | 0 | 0 | 0 | 789,53 | 1.973,56 | 46 |
| 513 C-TRAPIANTO DI PANCREAS | | C | alta complessità | 22.522,26 | 0 | 0 | 0 | 286,67 | 840,57 | 55 |
| 514 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARD CON CATERETERISMO CARDIACO | 5 | C | alta complessità | 20.909,03 | 17.492,39 | 19.395,22 | 16.225,95 | 727,01 | 1.939,45 | 37 |
| 515 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATERETERISMO CARD. | 5 | C | alta complessità | 16.701,96 | 13.973,10 | 14.583,81 | 12.201,03 | 337,33 | 1.323,76 | 18 |
| 516 C-INTERVENTI SISTEMA CARDIOVASCOLARE VIA PERCUTANEA CON IMA | 5 | C | alta complessità | 9.291,64 | 7.433,31 | 7.422,31 | 5.946,65 | 376,86 | 1.107,77 | 14 |
| 517 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. CON INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA | 5 | C | alta complessità | 7.433,31 | 5.946,65 | 5.946,65 | 4.757,32 | 376,86 | 1.107,77 | 10 |
| 518 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. NO INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA | 5 | C | alta complessità | 5.946,65 | 4.757,32 | 4.757,32 | 3.805,86 | 376,86 | 1.107,77 | 10 |
| 519 C-ARTRODESI VERTEBRALI CERVICALE CON CC | 8 | C | alta complessità | 15.881,54 | 8.248,54 | 6.398,57 | 3.987,15 | 212,08 | 457,57 | 22 |
| 520 C-ARTRODESI VERTEBRALI CERVICALE SENZA CC | 8 | C | alta complessità | 11.636,24 | 4.003,24 | 3.055,81 | 2.326,80 | 160,86 | 428,63 | 9 |
| 521 M-ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON CC | 20 | M | | 3.230,95 | 2.948,46 | 1.718,66 | 1.568,63 | 207,08 | 283,9 | 17 |
| 522 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TER. RIABILIT. NO CC | 20 | M | | 2.928,33 | 2.672,70 | 2.497,36 | 2.279,01 | 96,86 | 0 | 19 |
| 523 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI NO TER. RIABILIT. NO CC | 20 | M | | 1.429,76 | 1.304,10 | 1.105,13 | 1.008,28 | 206,51 | 207,07 | 16 |

ALLEGATO 3.2

TARIFE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

DRG versione 19°

REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2007

| | | | | <= 3 accessi | | >3 accessi | |
|---|-----|----------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| drdg | mdc | tipo drg | | Stabilimenti di fascia A | Stabilimenti di fascia B | Stabilimenti di fascia A | Stabilimenti di fascia B |
| 001 C-CRANIOTOMIA ETA>17, ECCEPTE PER TRAUMATISMO | 1 | C | alta complessità | 8.945,56 | 7.002,50 | 8.945,56 | 7.002,50 |
| 002 C-CRANIOTOMIA ETA>17, PER TRAUMATISMO | 1 | C | alta complessità | 8.107,84 | 6.783,22 | 8.107,84 | 6.783,22 |
| 003 C-CRANIOTOMIA ETA<18 | 1 | C | alta complessità | 8.382,15 | 6.418,07 | 8.382,15 | 6.418,07 |
| 004 C-INTERVENTI SU MIDOLLO SPINALE | 1 | C | alta complessità | 6.114,22 | 5.115,39 | 6.114,22 | 5.115,39 |
| 005 C-INTERVENTI SU VASI EXTRACRANICI | 1 | C | alta complessità | 4.480,39 | 3.358,50 | 4.480,39 | 3.358,50 |
| 006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE | 1 | C | potenzialmente inappropriato | 800,00 | 650,00 | 800,00 | 650,00 |
| 007 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. CON CC | 1 | C | alta complessità | 6.827,09 | 5.711,02 | 6.827,09 | 5.711,02 |
| 008 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. NO CC | 1 | C | alta complessità | 2.620,56 | 1.721,08 | 2.620,56 | 1.721,08 |
| 009 M-MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.960,80 | 2.702,35 |
| 010 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.983,50 | 2.722,87 |
| 011 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.771,15 | 1.616,61 |
| 012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.211,64 | 2.018,24 |
| 013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.856,24 | 1.693,79 |
| 014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPTE A.I.T. | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.815,85 | 2.570,07 |
| 015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.631,84 | 1.489,15 |
| 016 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.567,45 | 2.343,05 |
| 017 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE NO CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.487,82 | 1.357,72 |
| 018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 2.276,91 | 2.077,96 |
| 019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI NO CC | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.211,22 | 1.105,43 |
| 020 M-INFEZIONI SISTEMA NERV., ECCEPTE MENINGITE VIRALE | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 4.462,63 | 4.072,66 |
| 021 M-MENINGITE VIRALE | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 3.229,75 | 2.947,66 |
| 022 M-ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.681,65 | 1.534,53 |
| 023 M-STATO STUPEFOSO E COMA NON TRAUMATICI | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.899,50 | 1.733,61 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 024 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 CON CC | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.977,71 | 1.805,01 |
| 025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 NO CC | 1 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.083,72 | 988,96 |
| 026 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'<18 | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.341,51 | 2.137,07 |
| 027 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.COMA >1 ORA | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 3.183,01 | 2.904,48 |
| 028 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 CON CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.827,20 | 2.580,10 |
| 029 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 NO CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.362,96 | 1.243,78 |
| 030 M-STATO STUPORE E COMA TRAUM.<1H, ETA'<18 | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 832,09 | 759,19 |
| 031 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 CON CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.716,04 | 1.566,18 |
| 032 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 NO CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 991,93 | 905,03 |
| 033 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'<18 | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 555,36 | 506,66 |
| 034 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.649,52 | 2.418,14 |
| 035 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC | 1 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.294,42 | 1.181,35 |
| 036 C-INTERVENTI SULLA RETINA | 2 | C | | 1.540,01 | 1.405,51 | 1.540,01 | 1.405,51 |
| 037 C-INTERVENTI SULL'ORBITA | 2 | C | | 1.946,31 | 1.775,97 | 1.946,31 | 1.775,97 |
| 038 C-INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE | 2 | C | | 884,72 | 807,45 | 884,72 | 807,45 |
| 039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA | 2 | C | potenzialmente inappropriato | 1.033,00 | 900,00 | 1.033,00 | 900,00 |
| 040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'>17 | 2 | C | potenzialmente inappropriato | 1.297,73 | 1.184,29 | 1.297,73 | 1.184,29 |
| 041 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'<18 | 2 | C | | 876,12 | 799,18 | 876,12 | 799,18 |
| 042 C-INTERV. INTRAOCULARI, ECCETTO RETINA, IRIDE, CRISTALLINO | 2 | C | potenzialmente inappropriato | 1.439,01 | 1.312,88 | 1.439,01 | 1.312,88 |
| 043 M-EMORRAGIA SUB-CONGIUNTIVALE (IFEMA) | 2 | M | | 124,47 | 124,47 | 896,64 | 818,14 |
| 044 M-INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO | 2 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.335,45 | 1.218,89 |
| 045 M-MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO | 2 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.386,96 | 1.265,61 |
| 046 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 CON CC | 2 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.671,18 | 1.525,36 |
| 047 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 NO CC | 2 | M | | 124,47 | 124,47 | 962,62 | 878,36 |
| 048 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'<18 | 2 | M | | 124,47 | 124,47 | 944,73 | 862,21 |
| 049 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO | 3 | C | alta complessità | 6.584,09 | 3.472,61 | 6.584,09 | 3.472,61 |
| 050 C-SIALOADENECTOMIA | 3 | C | | 1.627,98 | 1.485,55 | 1.627,98 | 1.485,55 |
| 051 C-INTERV. GHIANDOLE SALIVARI, ECCETTO SIALOADENECTOMIA | 3 | C | | 1.549,78 | 1.414,35 | 1.549,78 | 1.414,35 |
| 052 C-RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI | 3 | C | | 1.865,63 | 1.702,73 | 1.865,63 | 1.702,73 |
| 053 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'>17 | 3 | C | | 1.717,96 | 1.567,59 | 1.717,96 | 1.567,59 |
| 054 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'<18 | 3 | C | | 1.660,23 | 1.515,23 | 1.660,23 | 1.515,23 |
| 055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA | 3 | C | potenzialmente inappropriato | 1.318,57 | 1.203,25 | 1.318,57 | 1.203,25 |
| 056 C-RINOPLASTICA | 3 | C | | 1.464,22 | 1.336,24 | 1.464,22 | 1.336,24 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 057 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO SOLO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA'>17 | 3 | C | | 2,099,67 | 1,916,20 | 2,099,67 | 1,916,20 |
| 058 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA'<18 | 3 | C | | 776,28 | 708,33 | 776,28 | 708,33 |
| 059 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA'>17 | 3 | C | | 1,014,48 | 925,87 | 1,014,48 | 925,87 |
| 060 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA'<18 | 3 | C | | 630,08 | 575,04 | 630,08 | 575,04 |
| 061 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA'>17 | 3 | C | | 2,044,62 | 1,866,08 | 2,044,62 | 1,866,08 |
| 062 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA'<18 | 3 | C | | 773,96 | 706,46 | 773,96 | 706,46 |
| 063 C-ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA | 3 | C | | 2,475,58 | 2,259,43 | 2,475,58 | 2,259,43 |
| 064 M-NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA | 3 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 2,458,20 | 2,243,28 |
| 065 M-ALTERAZIONI DELL' EQUILIBRIO | 3 | M | | 110,65 | 110,65 | 110,65 | 110,65 |
| 066 M-EPISTASSI | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,131,15 | 1,032,48 |
| 067 M-EPIGLOTTITE | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,875,98 | 1,711,84 |
| 068 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT., ETA'>17 CON CC | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,671,18 | 1,524,92 |
| 069 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT., ETA'>17 NO CC | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,157,77 | 1,056,92 |
| 070 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT., ETA'<18 | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,364,26 | 1,245,05 |
| 071 M-LARINGOTRACHEITE | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,706,39 | 1,557,37 |
| 072 M-TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,353,35 | 1,235,04 |
| 073 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA'>17 | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,674,90 | 1,528,40 |
| 074 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA'<18 | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 805,90 | 735,61 |
| 075 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE | 4 | C | alta complessità | 7,871,99 | 6,585,88 | 7,871,99 | 6,585,88 |
| 076 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC | 4 | C | | 5,690,43 | 5,193,26 | 5,690,43 | 5,193,26 |
| 077 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO NO CC | 4 | C | | 2,423,21 | 2,211,55 | 2,423,21 | 2,211,55 |
| 078 M-EMBOLIA POLMONARE | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 3,195,33 | 2,916,18 |
| 079 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA'>17 CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 4,054,82 | 3,700,78 |
| 080 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA'>17 NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2,226,93 | 2,032,65 |
| 081 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA'<18 | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2,493,88 | 2,276,02 |
| 082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2,852,37 | 2,603,03 |
| 083 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2,113,14 | 1,928,44 |
| 084 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,064,97 | 971,78 |
| 085 M-VERSAMENTO PLEURICO CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2,771,76 | 2,529,47 |
| 086 M-VERSAMENTO PLEURICO NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1,554,18 | 1,418,40 |
| 087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 3,027,84 | 2,762,96 |
| 088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA | 4 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 2,121,28 | 2,031,35 |
| 089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 CON CC | 4 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 2,791,88 | 2,547,82 |
| 090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 NO CC | 4 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1,616,07 | 1,474,70 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 091 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA<18 | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.750,27 | 1.596,88 |
| 092 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.773,07 | 2.530,78 |
| 093 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.788,60 | 1.632,32 |
| 094 M-PNEUMOTORACE CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.958,18 | 2.699,73 |
| 095 M-PNEUMOTORACE NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.383,04 | 1.262,54 |
| 096 M-BRONCHITE E ASMA, ETA>17 CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.086,28 | 1.904,10 |
| 097 M-BRONCHITE E ASMA, ETA>17 NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.378,54 | 1.258,06 |
| 098 M-BRONCHITE E ASMA, ETA<18 | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.987,22 | 1.813,42 |
| 099 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.765,47 | 1.610,93 |
| 100 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.169,12 | 1.066,97 |
| 101 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO CON CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.115,60 | 1.930,49 |
| 102 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO NO CC | 4 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.256,43 | 1.146,86 |
| 103 C-TRAPIANTO CARDIACO | | C | alta complessità | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 104 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARD. | 5 | C | alta complessità | 19.395,21 | 16.225,95 | 19.395,21 | 16.225,95 |
| 105 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARD. | 5 | C | alta complessità | 14.583,81 | 12.201,02 | 14.583,81 | 12.201,02 |
| 106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA | 5 | C | alta complessità | 14.258,68 | 11.843,46 | 14.258,68 | 11.843,46 |
| 107 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO | 5 | C | alta complessità | 14.258,68 | 11.843,46 | 14.258,68 | 11.843,46 |
| 108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI | 5 | C | alta complessità | 15.206,57 | 12.722,03 | 15.206,57 | 12.722,03 |
| 109 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO | 5 | C | alta complessità | 11.801,51 | 8.863,99 | 11.801,51 | 8.863,99 |
| 110 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC | 5 | C | alta complessità | 10.570,88 | 8.843,53 | 10.570,88 | 8.843,53 |
| 111 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC | 5 | C | alta complessità | 5.950,43 | 4.978,01 | 5.950,43 | 4.978,01 |
| 113 C-AMPUT. PER DISTURBI CIR.ECCEP TO AMP. ARTO SUP. E DITA PIEDE | 5 | C | alta complessità | 8.940,20 | 6.020,23 | 8.940,20 | 6.020,23 |
| 114 C-AMPUT. ARTO SUP. E DITA PIEDE, PER MALATTIE APPAR.CIRCULATOR. | 5 | C | alta complessità | 6.095,43 | 3.456,95 | 6.095,43 | 3.456,95 |
| 115 C-PACEMAKER PERMANENTE CON IMA, INSUF.CARDIACA O SHOCK | 5 | C | alta complessità | 10.009,28 | 7.818,74 | 10.009,28 | 7.818,74 |
| 116 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD.PERMANENTE CON ALTRE PATOL. | 5 | C | alta complessità | 6.567,09 | 5.330,19 | 6.567,09 | 5.330,19 |
| 117 C-REVISIONE PACEMAKER CARD. ECCEP TO SOSTITUZIONE | 5 | C | | 3.027,43 | 2.763,07 | 3.027,43 | 2.763,07 |
| 118 C-SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO | 5 | C | | 3.914,97 | 3.572,89 | 3.914,97 | 3.572,89 |
| 119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE | 5 | C | potenzialmente inappropriato | 2.199,49 | 2.007,20 | 2.199,49 | 2.007,20 |
| 120 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO | 5 | C | | 4.914,18 | 4.484,60 | 4.914,18 | 4.484,60 |
| 121 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA CON COMPL.CARDIOVASC. VIVI | 5 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 4.333,76 | 3.274,67 |
| 122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL. CARDIOVASC. VIVI | 5 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 3.451,40 | 2.343,61 |
| 123 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA, DECEDUTI | 5 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 3.422,85 | 2.863,29 |
| 124 M-MALATTIE CARDIOVASC. NO IMA, CON CATETERISMO CARD. E DIAG.CC | 5 | M | | 3.212,43 | 2.931,52 | 3.212,43 | 2.931,52 |
| 125 M-MALATTIE CARDIOVASC.ECCEP TO IMA, CON CATETER.CARD.DIAG.NO CC | 5 | M | | 2.026,33 | 1.849,13 | 2.026,33 | 1.849,13 |
| 126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA | 5 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 7.417,44 | 5.784,09 |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------|--|-----------|----------|-----------|----------|
| 127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 2.475,84 | 2.259,72 |
| 128 M-TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.823,10 | 1.663,75 |
| 129 M-ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 2.857,00 | 2.607,22 |
| 130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 2.137,67 | 1.950,89 |
| 131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.226,76 | 1.119,44 |
| 132 M-ATEROSCLEROSI CON CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.782,27 | 1.626,48 |
| 133 M-ATEROSCLEROSI NO CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 936,54 | 854,79 |
| 134 M-IPERTENSIONE | 5 | M | potenzialmente inappropriato | | 138,31 | 138,31 | 138,31 | 138,31 |
| 135 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA'>17 CON CC | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.997,29 | 1.822,66 |
| 136 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA'>17 NO CC | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.219,33 | 1.112,81 |
| 137 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA'<18 | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.484,76 | 1.355,10 |
| 138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.896,16 | 1.730,44 |
| 139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.173,75 | 1.071,05 |
| 140 M-ANGINA PECTORIS | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.440,23 | 1.314,50 |
| 141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.642,87 | 1.499,47 |
| 142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC | 5 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.021,78 | 932,50 |
| 143 M-DOLORE TORACICO | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.195,76 | 1.091,41 |
| 144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 2.489,88 | 2.272,58 |
| 145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC | 5 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.458,92 | 1.331,55 |
| 146 C-RESEZIONE RETTALE CON CC | 6 | C | alta complessità | | 7.904,22 | 5.501,13 | 7.904,22 | 5.501,13 |
| 147 C-RESEZIONE RETTALE NO CC | 6 | C | alta complessità | | 5.520,82 | 3.290,93 | 5.520,82 | 3.290,93 |
| 148 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC | 6 | C | alta complessità | | 8.314,13 | 6.792,19 | 8.314,13 | 6.792,19 |
| 149 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC | 6 | C | alta complessità | | 4.860,32 | 3.238,11 | 4.860,32 | 3.238,11 |
| 150 C-LISI ADERENZE PERITONEALI CON CC | 6 | C | | | 6.049,33 | 5.520,82 | 6.049,33 | 5.520,82 |
| 151 C-LISI ADERENZE PERITONEALI NO CC | 6 | C | | | 2.821,04 | 2.574,91 | 2.821,04 | 2.574,91 |
| 152 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC | 6 | C | alta complessità | | 4.710,84 | 3.842,24 | 4.710,84 | 3.842,24 |
| 153 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC | 6 | C | alta complessità | | 3.303,45 | 2.258,54 | 3.303,45 | 2.258,54 |
| 154 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA'>17 CON CC | 6 | C | alta complessità | | 10.484,97 | 8.771,94 | 10.484,97 | 8.771,94 |
| 155 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA'>17 NO CC | 6 | C | alta complessità | | 4.628,05 | 3.166,51 | 4.628,05 | 3.166,51 |
| 156 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA'<18 | 6 | C | alta complessità | | 4.439,21 | 1.843,70 | 4.439,21 | 1.843,70 |
| 157 C-INTERV. SU ANO E STOMA CON CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | | 2.247,76 | 2.051,37 | 2.247,76 | 2.051,37 |
| 158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | | 1.199,26 | 1.064,87 | 1.199,26 | 1.064,87 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
| 159 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 2.523,27 | 2.302,53 | 2.523,27 | 2.302,53 |
| 160 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 1.486,73 | 1.357,20 | 1.486,73 | 1.357,20 |
| 161 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 1.941,50 | 1.772,41 | 1.941,50 | 1.772,41 |
| 162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC | 6 | C | potenzialmente inappropriato | 1.172,41 | 1.069,66 | 1.172,41 | 1.069,66 |
| 163 C-INTERV. PER ERNIA, ETA<18 | 6 | C | | 1.098,57 | 1.002,27 | 1.098,57 | 1.002,27 |
| 164 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA CON CC | 6 | C | | 5.128,82 | 4.680,86 | 5.128,82 | 4.680,86 |
| 165 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA NO CC | 6 | C | | 2.867,58 | 2.616,99 | 2.867,58 | 2.616,99 |
| 166 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA CON CC | 6 | C | | 3.145,49 | 2.870,72 | 3.145,49 | 2.870,72 |
| 167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC | 6 | C | | 1.779,26 | 1.623,53 | 1.779,26 | 1.623,53 |
| 168 C-INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC | 3 | C | | 2.444,75 | 2.231,13 | 2.444,75 | 2.231,13 |
| 169 C-INTERVENTI SULLA BOCCA NO CC | 3 | C | | 1.428,78 | 1.304,05 | 1.428,78 | 1.304,05 |
| 170 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC | 6 | C | | 6.482,95 | 5.916,42 | 6.482,95 | 5.916,42 |
| 171 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE NO CC | 6 | C | | 2.690,48 | 2.455,46 | 2.690,48 | 2.455,46 |
| 172 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 124,47 |
| 173 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE NO CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.469,48 | 1.341,13 |
| 174 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE CON CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.267,96 | 2.069,76 |
| 175 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE NO CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.275,21 | 1.163,45 |
| 176 M-ULCERA PEPTICA COMPLICATA | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.300,37 | 2.099,29 |
| 177 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.836,63 | 1.675,98 |
| 178 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA NO CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.324,54 | 1.208,85 |
| 179 M-MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.459,04 | 2.244,12 |
| 180 M-OCCLUSIONE GASTROENTERESTINALE CON CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.066,13 | 1.885,63 |
| 181 M-OCCLUSIONE GASTROENTERESTINALE NO CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.159,52 | 1.058,23 |
| 182 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA>17 CON CC | 6 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.786,56 | 1.637,07 |
| 183 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA>17 NO CC | 6 | M | potenzialmente inappropriato | 127,67 | 127,67 | 127,67 | 127,67 |
| 184 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA<18 | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.276,04 | 1.164,42 |
| 185 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAT.E RIPARAZ., ETA>17 | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.748,78 | 1.595,98 |
| 186 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAT.E RIPARAZ., ETA<18 | 3 | M | | 124,47 | 124,47 | 966,56 | 882,29 |
| 187 M-ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI | 3 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 690,38 | 630,03 |
| 188 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 CON CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.309,00 | 2.107,31 |
| 189 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 NO CC | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.112,36 | 1.015,46 |
| 190 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA<18 | 6 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.513,29 | 1.381,06 |
| 191 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC | 7 | C | alta complessità | 11.563,00 | 9.673,19 | 11.563,00 | 9.673,19 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 192 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT NO CC | 7 | C | alta complessità | 6.909,88 | 3.693,68 | 6.909,88 | 3.693,68 |
| 193 C-INT.BIL.ECCECETO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. CON CC | 7 | C | alta complessità | 8.298,92 | 6.580,51 | 8.298,92 | 6.580,51 |
| 194 C-INT.BIL.ECCECETO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. NO CC | 7 | C | alta complessità | 6.200,13 | 3.538,39 | 6.200,13 | 3.538,39 |
| 195 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. CON CC | 7 | C | alta complessità | 6.563,50 | 4.926,99 | 6.563,50 | 4.926,99 |
| 196 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. NO CC | 7 | C | alta complessità | 4.284,37 | 3.041,21 | 4.284,37 | 3.041,21 |
| 197 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. CON CC | 7 | C | alta complessità | 4.785,58 | 3.664,59 | 4.785,58 | 3.664,59 |
| 198 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. NO CC | 7 | C | alta complessità | 2.659,49 | 1.896,96 | 2.659,49 | 1.896,96 |
| 199 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI | 7 | C | | 5.549,02 | 5.063,93 | 5.549,02 | 5.063,93 |
| 200 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI | 7 | C | | 6.457,90 | 5.893,60 | 6.457,90 | 5.893,60 |
| 201 C-ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS | 7 | C | alta complessità | 8.063,53 | 5.463,55 | 8.063,53 | 5.463,55 |
| 202 M-CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA | 7 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.893,93 | 2.640,81 |
| 203 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O PANCREAS | 7 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.707,13 | 2.470,80 |
| 204 M-MALATTIE DEL PANCREAS ECCECETO NEOPLASIE MALIGNI | 7 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.484,65 | 2.267,63 |
| 205 M-MAL.FEGATO ECCECETO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC.CON CC | 7 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.727,28 | 2.489,27 |
| 206 M-MAL.FEGATO ECCECETO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC. NO CC | 7 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.415,78 | 1.291,80 |
| 207 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC | 7 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 2.302,03 | 2.102,71 |
| 208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC | 7 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.095,62 | 1.000,21 |
| 209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF. | 8 | C | alta complessità | 8.063,54 | 7.267,97 | 8.063,54 | 7.267,97 |
| 210 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCECETO ARTIC.MAGG., ETA>17 CON CC | 8 | C | alta complessità | 7.312,29 | 4.212,93 | 7.312,29 | 4.212,93 |
| 211 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCECETO ARTIC.MAGG., ETA>17 NO CC | 8 | C | alta complessità | 4.113,02 | 2.938,79 | 4.113,02 | 2.938,79 |
| 212 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCECETO ARTIC.MAGG., ETA<18 | 8 | C | alta complessità | 5.281,32 | 2.284,61 | 5.281,32 | 2.284,61 |
| 213 C-AMPUTAZ. MALATTIE SIST.MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESS.CONNETTIVO | 8 | C | alta complessità | 5.644,91 | 3.905,90 | 5.644,91 | 3.905,90 |
| 216 C-BIOPSIE SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO | 8 | C | | 4.943,74 | 4.511,72 | 4.943,74 | 4.511,72 |
| 217 C-SBRIGL.FERITE,TRAP.CUT.ECC.MANO MAL.SIST.MUSCOLO SCH.E T.CON | 8 | C | alta complessità | 8.078,23 | 6.758,01 | 8.078,23 | 6.758,01 |
| 218 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCECETO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA>17 CON CC | 8 | C | | 3.570,15 | 3.257,98 | 3.570,15 | 3.257,98 |
| 219 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCECETO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA>17 NO CC | 8 | C | | 2.167,35 | 1.978,04 | 2.167,35 | 1.978,04 |
| 220 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCECETO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA<18 | 8 | C | | 2.270,46 | 2.072,02 | 2.270,46 | 2.072,02 |
| 223 C-INTERV. MAG. SPALLA, GOMITO O ALTRI INT. ARTO SUP. CON CC | 8 | C | | 2.050,21 | 1.871,03 | 2.050,21 | 1.871,03 |
| 224 C-INTERV. SPALLA, GOMITO/AVAMBR. ECCECETO INT.MAG.ART. NO CC | 8 | C | | 1.657,40 | 1.512,59 | 1.657,40 | 1.512,59 |
| 225 C-INTERVENTI SUL PIEDE | 8 | C | | 1.987,16 | 1.813,36 | 1.987,16 | 1.813,36 |
| 226 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC | 8 | C | | 3.332,45 | 3.041,15 | 3.332,45 | 3.041,15 |
| 227 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI NO CC | 8 | C | | 1.637,71 | 1.494,47 | 1.637,71 | 1.494,47 |
| 228 C-INT. MAG.POLICE O ARTICOLAZIONI O INT. MANO/POLSO CON CC | 8 | C | | 1.926,49 | 1.758,15 | 1.926,49 | 1.758,15 |
| 229 C-INT. MANO O POLSO, ECCECETO INTERV.MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC | 8 | C | | 1.340,28 | 1.223,04 | 1.340,28 | 1.223,04 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|
| 230 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. ANCA E FEM. | 8 | C | | | 2.221,19 | 2.027,31 | 2.221,19 | 2.027,31 |
| 231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM | 8 | C | | | 2.672,36 | 2.438,79 | 2.672,36 | 2.438,79 |
| 232 C-ARTROSCOPIA | 8 | C | potenzialmente inappropriato | | 1.749,12 | 1.595,88 | 1.749,12 | 1.595,88 |
| 233 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETT. CON CC | 8 | C | | | 4.675,59 | 4.267,10 | 4.675,59 | 4.267,10 |
| 234 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETT. NO CC | 8 | C | | | 2.167,35 | 1.978,04 | 2.167,35 | 1.978,04 |
| 235 M-FRATTURE DEL FEMORE | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 2.364,00 | 2.157,51 |
| 236 M-FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.882,04 | 1.717,89 |
| 237 M-DISTORSIONI, STIRAMENTI, LUSSAZIONI, ANCA, PELVI, COSCIA | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.272,59 | 1.161,70 |
| 238 M-OSTEOMIELITE | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 3.436,70 | 3.136,57 |
| 239 M-FRATTURA PAT.E NEOPLASIE MAL.SIST.MUSCOLO-SCHEL. E TESS.CON. | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 2.319,25 | 2.116,51 |
| 240 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 2.655,64 | 2.423,81 |
| 241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO NO CC | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.338,95 | 1.221,95 |
| 242 M-ARTRITE SETTICA | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 2.747,31 | 2.507,20 |
| 243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO | 8 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.021,00 | 931,72 |
| 244 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC | 8 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.726,07 | 1.575,59 |
| 245 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE NO CC | 8 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.149,42 | 1.048,87 |
| 246 M-ARTROPATIE NON SPECIFICHE | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.321,49 | 1.205,79 |
| 247 M-SEGNI, SINTOMI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESS.CONNETT. | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.315,81 | 1.200,99 |
| 248 M-TENDINITE, MIOSITE E BORSITE | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.503,21 | 1.371,82 |
| 249 M-ASS.RIABILITATIVA PER MALAT. SIST.MUSCOLO-SCHEL.E TESS.CONN | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.551,07 | 1.415,48 |
| 250 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 CON CC | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.569,12 | 1.431,85 |
| 251 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 NO CC | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.017,63 | 929,01 |
| 252 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA<18 | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 790,43 | 721,17 |
| 253 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECETTO PIEDE ETA>17 CON CC | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.731,15 | 1.579,61 |
| 254 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECETTO PIEDE ETA>17 NO CC | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 979,65 | 894,08 |
| 255 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECETTO PIEDE ETA<18 | 8 | M | | | 124,47 | 124,47 | 1.048,60 | 957,08 |
| 256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO | 8 | M | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.222,36 | 1.115,39 |
| 257 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC | 9 | C | | | 2.359,88 | 2.153,63 | 2.359,88 | 2.153,63 |
| 258 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC | 9 | C | | | 1.845,96 | 1.684,94 | 1.845,96 | 1.684,94 |
| 259 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC | 9 | C | | | 2.313,17 | 2.110,88 | 2.313,17 | 2.110,88 |
| 260 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC | 9 | C | | | 1.492,08 | 1.361,85 | 1.492,08 | 1.361,85 |
| 261 C-INT.MAMMELLA, NON NEOPLAS. MAL.ECETTO BIOPSIA E ESCISS.LOC | 9 | C | | | 1.790,23 | 1.633,76 | 1.790,23 | 1.633,76 |
| 262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI | 9 | C | potenzialmente inappropriato | | 1.218,17 | 1.111,83 | 1.218,17 | 1.111,83 |

| | | | | | | | |
|---|----|---|------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 263 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. CON CC | 9 | C | | 6.030,09 | 5.503,37 | 6.030,09 | 5.503,37 |
| 264 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC | 9 | C | | 3.126,09 | 2.852,90 | 3.126,09 | 2.852,90 |
| 265 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCEETTO ULCERE PELLE/CELLUL. CON CC | 9 | C | | 3.441,17 | 3.140,52 | 3.441,17 | 3.140,52 |
| 266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCEETTO ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC | 9 | C | | 1.739,01 | 1.587,24 | 1.739,01 | 1.587,24 |
| 267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI | 9 | C | potenzialmente inappropriato | 1.423,35 | 1.299,28 | 1.423,35 | 1.299,28 |
| 268 C-CHIRURGIA PLASTICA PELLE, TESS.SOTTOCUTANEO, MAMMELLA | 9 | C | | 1.784,63 | 1.628,89 | 1.784,63 | 1.628,89 |
| 269 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA CON CC | 9 | C | potenzialmente inappropriato | 3.301,19 | 3.013,05 | 3.301,19 | 3.013,05 |
| 270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC | 9 | C | potenzialmente inappropriato | 1.445,91 | 1.319,69 | 1.445,91 | 1.319,69 |
| 271 M-ULCERE PELLE | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.771,76 | 2.529,90 |
| 272 M-MALATTIE MAGG. PELLE CON CC | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.426,43 | 2.214,26 |
| 273 M-MALATTIE MAGG. PELLE NO CC | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.524,49 | 1.391,33 |
| 274 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.679,64 | 2.445,64 |
| 275 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA NO CC | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.379,54 | 1.259,06 |
| 276 M-PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 572,34 | 522,34 |
| 277 M-CELLULITE, ETA>17 CON CC | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.092,46 | 1.909,53 |
| 278 M-CELLULITE, ETA>17 NO CC | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.375,62 | 1.255,56 |
| 279 M-CELLULITE, ETA<18 | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.665,24 | 1.520,00 |
| 280 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA>17 CON CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.285,28 | 1.172,82 |
| 281 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA>17 NO CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 820,49 | 748,77 |
| 282 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA<18 | 9 | M | | 124,47 | 124,47 | 820,09 | 748,49 |
| 283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.200,56 | 1.095,74 |
| 284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC | 9 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 709,85 | 647,62 |
| 285 C-AMPUTAZ.ARTO INF.PER DIST. ENDOCR.NUTR.METAB. | 10 | C | alta complessità | 9.134,41 | 5.961,61 | 9.134,41 | 5.961,61 |
| 286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI | 10 | C | alta complessità | 6.640,03 | 5.186,99 | 6.640,03 | 5.186,99 |
| 287 C-TRAP. CUTAN. SBRIGL. FER. PER DIST. END. NUTR. METAB | 10 | C | alta complessità | 6.044,85 | 4.710,40 | 6.044,85 | 4.710,40 |
| 288 C-INTERVENTI PER OBESITA' | 10 | C | alta complessità | 5.277,39 | 4.414,61 | 5.277,39 | 4.414,61 |
| 289 C-INTERVENTI SU PARATIROIDI | 10 | C | | 2.530,85 | 2.309,79 | 2.530,85 | 2.309,79 |
| 290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE | 10 | C | | 1.838,79 | 1.678,23 | 1.838,79 | 1.678,23 |
| 291 C-INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO | 10 | C | | 1.162,15 | 1.060,56 | 1.162,15 | 1.060,56 |
| 292 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. CON CC | 10 | C | | 6.748,32 | 6.158,51 | 6.748,32 | 6.158,51 |
| 293 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. NO CC | 10 | C | | 2.785,89 | 2.542,48 | 2.785,89 | 2.542,48 |
| 294 M-DIABETE, ETA>35 | 10 | M | potenzialmente inappropriato | 132,99 | 132,99 | 132,99 | 132,99 |

| | | | | | | | | | |
|---|----|---|--|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------|----------|
| 295 M-DIABETÉ, ETA' <36 | 10 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.719,40 | 1.569,12 |
| 296 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA' >17 CON CC | 10 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.179,34 | 1.988,55 |
| 297 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA' >17 NO CC | 10 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.220,64 | 1.114,12 |
| 298 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA' <18 | 10 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.063,71 | 970,93 |
| 299 M-DIFETTI CONGENITI METABOLISMO | 10 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.943,59 | 1.773,76 |
| 300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC | 10 | M | | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.230,96 | 2.036,20 |
| 301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC | 10 | M | | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 969,13 | 884,54 |
| 302 C-TRAPIANTO RENALE | 11 | C | | alta complessità | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 303 C-INT. RENE, URETERE E INT. MAGG. VESCICA PER NEOPLASIA | 11 | C | | alta complessità | 6.870,50 | 5.747,71 | 6.870,50 | 5.747,71 | 5.747,71 |
| 304 C-INT. RENE, URETERE E INT. MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA CON CC | 11 | C | | alta complessità | 6.250,71 | 5.221,44 | 6.250,71 | 5.221,44 | 5.221,44 |
| 305 C-INT. RENE, URETERE E INT. MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA NO CC | 11 | C | | alta complessità | 4.594,05 | 2.501,52 | 4.594,05 | 2.501,52 | 2.501,52 |
| 306 C-PROSTATECTOMIA CON CC | 11 | C | | | 3.146,11 | 2.871,04 | 3.146,11 | 2.871,04 | 2.871,04 |
| 307 C-PROSTATECTOMIA NO CC | 11 | C | | | 1.716,92 | 1.567,03 | 1.716,92 | 1.567,03 | 1.567,03 |
| 308 C-INTERVENTI MINORI VESCICA CON CC | 11 | C | | | 3.533,80 | 3.225,24 | 3.533,80 | 3.225,24 | 3.225,24 |
| 309 C-INTERVENTI MINORI VESCICA NO CC | 11 | C | | | 1.798,77 | 1.641,93 | 1.798,77 | 1.641,93 | 1.641,93 |
| 310 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE CON CC | 11 | C | | | 2.192,04 | 2.000,75 | 2.192,04 | 2.000,75 | 2.000,75 |
| 311 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE NO CC | 11 | C | | | 1.284,17 | 1.172,35 | 1.284,17 | 1.172,35 | 1.172,35 |
| 312 C-INTERVENTI URETRA, ETA' >17 CON CC | 11 | C | | | 1.918,42 | 1.750,62 | 1.918,42 | 1.750,62 | 1.750,62 |
| 313 C-INTERVENTI URETRA, ETA' >17 NO CC | 11 | C | | | 1.152,12 | 1.051,58 | 1.152,12 | 1.051,58 | 1.051,58 |
| 314 C-INTERVENTI URETRA, ETA' <18 | 11 | C | | | 1.041,77 | 950,94 | 1.041,77 | 950,94 | 950,94 |
| 315 C-ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE | 11 | C | | | 4.833,47 | 4.411,03 | 4.833,47 | 4.411,03 | 4.411,03 |
| 316 M-INSUFFICIENZA RENALE | 11 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.871,68 | 2.620,66 |
| 317 M-RICOVERO PER DIALISI RENALE | 11 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.130,03 | 1.031,38 |
| 318 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE CON CC | 11 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.603,68 | 2.376,22 |
| 319 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE NO CC | 11 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.173,92 | 1.071,34 |
| 320 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA' >17 CON CC | 11 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.183,67 | 1.993,09 |
| 321 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA' >17 NO CC | 11 | M | | | 110,65 | 110,65 | 110,65 | 110,65 | 110,65 |
| 322 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA' <18 | 11 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.479,51 | 1.350,29 |
| 323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRISSIA CON ULTRASUONI | 11 | M | | potenzialmente inappropriato | vedi delibera | vedi delibera | vedi delibera | 1.732,70 | 1.581,34 |
| 324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC | 11 | M | | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 811,37 | 802,66 |
| 325 M-SEGNI, SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA' >17 CON CC | 11 | M | | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.537,97 | 1.403,42 |
| 326 M-SEGNI, SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA' >17 NO CC | 11 | M | | potenzialmente inappropriato | 110,65 | 110,65 | 110,65 | 110,65 | 110,65 |
| 327 M-SEGNI, SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA' <18 | 11 | M | | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.567,02 | 1.430,17 |

| | | | | | | | | |
|---|----|---|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 328 M-STENOSI URETRALE, ETA>17 CON CC | 11 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.473,41 | 1.344,63 |
| 329 M-STENOSI URETRALE, ETA>17 NO CC | 11 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 952,59 | 869,20 |
| 330 M-STENOSI URETRALE, ETA<18 | 11 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 630,08 | 575,09 |
| 331 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA>17 CON CC | 11 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.261,42 | 2.063,65 |
| 332 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA>17 NO CC | 11 | M | | 110,65 | 110,65 | 110,65 | 110,65 | 110,65 |
| 333 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA<18 | 11 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.135,40 | 1.949,02 |
| 334 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE CON CC | 12 | C | alta complessità | 5.150,29 | 3.840,45 | 3.840,45 | 5.150,29 | 3.840,45 |
| 335 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE NO CC | 12 | C | alta complessità | 4.144,31 | 2.945,44 | 2.945,44 | 4.144,31 | 2.945,44 |
| 336 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC | 12 | C | | 2.148,75 | 1.961,19 | 1.961,19 | 2.148,75 | 1.961,19 |
| 337 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE NO CC | 12 | C | | 1.512,06 | 1.380,00 | 1.380,00 | 1.512,06 | 1.380,00 |
| 338 C-INTERV. SUL TESTICOLO, PER NEOPLASIA MALIGNA | 12 | C | | 2.317,23 | 2.114,78 | 2.114,78 | 2.317,23 | 2.114,78 |
| 339 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNIE, ETA>17 | 12 | C | | 1.797,61 | 1.640,53 | 1.797,61 | 1.797,61 | 1.640,53 |
| 340 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNIE, ETA<18 | 12 | C | | 1.086,70 | 991,76 | 1.086,70 | 1.086,70 | 991,76 |
| 341 C-INTERVENTI PENE | 12 | C | | 2.389,84 | 2.181,33 | 2.181,33 | 2.389,84 | 2.181,33 |
| 342 C-CIRCONCISIONE, ETA>17 | 12 | C | | 711,59 | 649,70 | 649,70 | 711,59 | 649,70 |
| 343 C-CIRCONCISIONE, ETA<18 | 12 | C | | 474,71 | 433,28 | 433,28 | 474,71 | 433,28 |
| 344 C-ALTRI INT. APP. RIPRODUT. MASCH., PER NEOPLASIE MALIGNIE | 12 | C | | 2.609,03 | 2.380,99 | 2.380,99 | 2.609,03 | 2.380,99 |
| 345 C-ALTRI INT. APP. RIPRODUT. MASCH., NO NEOPLASIE MALIGNIE | 12 | C | | 1.856,94 | 1.694,52 | 1.694,52 | 1.856,94 | 1.694,52 |
| 346 M-NEOPLASIE MALIGNIE APP. GENITALE MASCHILE CON CC | 12 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 2.294,16 | 2.093,33 |
| 347 M-NEOPLASIE MALIGNIE APP. GENITALE MASCHILE NO CC | 12 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.185,71 | 1.082,24 |
| 348 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC | 12 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.578,18 | 1.440,23 |
| 349 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA NO CC | 12 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 915,03 | 835,15 |
| 350 M-INFIAMMAZIONE APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE | 12 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.493,56 | 1.363,01 |
| 352 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE | 12 | M | | 124,47 | 124,47 | 124,47 | 1.291,65 | 1.178,73 |
| 353 C-EVISCERAZIONE PELVI, ISTEROCT. RADICALE E VULVECTOMIA RAD. | 13 | C | alta complessità | 5.509,64 | 4.122,83 | 4.122,83 | 5.509,64 | 4.122,83 |
| 354 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. CON CC | 13 | C | | 3.248,85 | 2.964,70 | 2.964,70 | 3.248,85 | 2.964,70 |
| 355 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. NO CC | 13 | C | | 2.096,63 | 1.913,26 | 1.913,26 | 2.096,63 | 1.913,26 |
| 356 C-INTERV. RICOSTRUTTIVI APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 13 | C | | 1.735,48 | 1.583,75 | 1.583,75 | 1.735,48 | 1.583,75 |
| 357 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, PER NEOPLASIE MALIGNIE OVAIE/ANNESSI | 13 | C | alta complessità | 5.980,86 | 5.003,51 | 5.003,51 | 5.980,86 | 5.003,51 |
| 358 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE MALIGNIE CON CC | 13 | C | | 2.626,83 | 2.397,27 | 2.397,27 | 2.626,83 | 2.397,27 |
| 359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC | 13 | C | | 1.925,07 | 1.756,86 | 1.756,86 | 1.925,07 | 1.756,86 |
| 360 C-INTERVENTI VAGINA, CERVICE, VULVA | 13 | C | | 1.904,56 | 1.738,10 | 1.738,10 | 1.904,56 | 1.738,10 |
| 361 C-LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE | 13 | C | | 2.318,49 | 2.115,79 | 2.115,79 | 2.318,49 | 2.115,79 |
| 362 C-OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE | 13 | C | | 1.200,20 | 1.095,48 | 1.095,48 | 1.200,20 | 1.095,48 |
| 363 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZ. IMPIANTO MAT. RADIOAT. NEOPL. MAL | 13 | C | | 1.543,26 | 1.408,30 | 1.408,30 | 1.543,26 | 1.408,30 |
| 364 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIGN | 13 | C | potenzialmente | 1.222,89 | 1.177,35 | 1.177,35 | 1.222,89 | 1.177,35 |

| | | | | | | | | | |
|--|----|---|--|------------------------------|--|-----------|----------|-----------|----------|
| 365 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 13 | C | | inappropriato | | 4.057,49 | 3.703,06 | 4.057,49 | 3.703,06 |
| 366 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC | 13 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 2.815,42 | 2.569,63 |
| 367 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE NO CC | 13 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 1.113,25 | 1.016,32 |
| 368 M-INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE | 13 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 1.964,13 | 1.792,44 |
| 369 M-DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APP. RIPRODUT. FEMM. | 13 | M | | | | 106,39 | 106,39 | 106,39 | 106,39 |
| 370 C-TAGLIO CESAREO CON CC | 14 | C | | | | 2.031,48 | 1.854,26 | 2.031,48 | 1.854,26 |
| 371 C-TAGLIO CESAREO NO CC | 14 | C | | | | 1.444,52 | 1.318,32 | 1.444,52 | 1.318,32 |
| 372 M-PARTO VAGINALE CON CC | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 1.028,45 | 938,71 |
| 373 M-PARTO VAGINALE NO CC | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 736,71 | 672,31 |
| 374 C-PARTO VAG. CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAM. | 14 | C | | | | 1.315,27 | 1.200,10 | 1.315,27 | 1.200,10 |
| 375 C-PARTO VAG. CON ALTRO INT. ECCEZIONE STERIL. E/O DILAT. E RASC. | 14 | C | | | | 1.314,29 | 1.199,29 | 1.314,29 | 1.199,29 |
| 376 M-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO NO INT. CHIRURG. | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 795,14 | 725,87 |
| 377 C-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO CON INT. CHIRURG. | 14 | C | | | | 1.992,27 | 1.818,18 | 1.992,27 | 1.818,18 |
| 378 M-GRAVIDANZA ECTOPICA | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 1.713,10 | 1.563,66 |
| 379 M-MINACCIA D'ABORTO | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 671,85 | 613,20 |
| 380 M-ABORTO, SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 763,57 | 696,82 |
| 381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM. | 14 | C | | | | 1.027,01 | 937,07 | 1.027,01 | 937,07 |
| 382 M-FALSO TRAVAGLIO | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 330,78 | 301,81 |
| 383 M-ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 914,17 | 834,28 |
| 384 M-ALTRE DIAGNOSI PREPARTO NO COMPLICAZIONI MEDICHE | 14 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 625,59 | 571,03 |
| 385 -NEONATI MORTI/TRASFERITI AD ALTRO OSPEDALE | 15 | | | alta complessità | | 3.603,36 | 2.599,40 | 3.498,41 | 2.523,69 |
| 386 -NEONATO GRAVEMENTE IMMATURO/SINDR. DA DISTRESS RESPIRATORIO | 15 | | | alta complessità | | 16.652,71 | 7.751,95 | 16.167,68 | 7.526,17 |
| 387 -PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI | 15 | | | alta complessità | | 9.285,98 | 3.881,81 | 9.015,52 | 3.768,75 |
| 388 -PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI | 15 | | | alta complessità | | 3.434,30 | 2.458,87 | 3.334,28 | 2.387,26 |
| 389 -NEONATIA TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI | 15 | | | | | 3.263,52 | 2.978,16 | 3.168,47 | 2.891,42 |
| 390 -NEONATI CON ALTRI AFFEZIONI SIGNIFICATIVE | 15 | | | | | 2.600,69 | 2.373,70 | 2.524,95 | 2.304,57 |
| 391 -NEONATO NORMALE | 15 | | | | | 516,53 | 471,35 | 501,49 | 457,63 |
| 392 C-SPLENECTOMIA, ETA' >17 | 16 | C | | alta complessità | | 8.101,58 | 6.777,86 | 8.101,58 | 6.777,86 |
| 393 C-SPLENECTOMIA, ETA' <18 | 16 | C | | alta complessità | | 4.094,18 | 3.344,17 | 4.094,18 | 3.344,17 |
| 394 C-ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI | 16 | C | | | | 3.789,89 | 3.458,74 | 3.789,89 | 3.458,74 |
| 395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' >17 | 16 | M | | potenzialmente inappropriato | | 124,47 | 124,47 | 1.909,12 | 1.749,60 |
| 396 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' <18 | 16 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 1.514,55 | 1.382,32 |
| 397 M-DIFETTI DELLA COAGULAZIONE | 16 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 2.756,93 | 2.515,93 |
| 398 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC | 16 | M | | | | 124,47 | 124,47 | 2.800,14 | 2.555,22 |

| | | | | | | | |
|---|----|---|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 399 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO NO CC | 16 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.559,84 | 1.423,21 |
| 400 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI | 17 | C | alta complessità | 8.797,88 | 5.539,62 | 8.797,88 | 5.539,62 |
| 401 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. CON CC | 17 | C | alta complessità | 8.468,53 | 5.090,33 | 8.468,53 | 5.090,33 |
| 402 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. NO CC | 17 | C | alta complessità | 3.557,19 | 1.849,07 | 3.557,19 | 1.849,07 |
| 403 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC | 17 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 6.429,71 | 3.419,49 |
| 404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC | 17 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 3.184,84 | 1.509,51 |
| 405 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURG. MAGGIORI, ETA' < 18 | 17 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 6.614,83 | 2.147,15 |
| 406 C-ALTERAZ. MIELOPROLIFER. O NEOPL. POCO DIF. CON INT. MAGG. CON CC | 17 | C | alta complessità | 9.881,73 | 5.994,29 | 9.881,73 | 5.994,29 |
| 407 C-ALTERAZ. MIELOPROLIFER. O NEOPL. POCO DIF. CON INT. MAGG. NO CC | 17 | C | alta complessità | 4.754,70 | 2.599,54 | 4.754,70 | 2.599,54 |
| 408 C-ALTERAZ. MIELOPROLIFER. O NEOPL. POCO DIF. CON ALTRI INT. | 17 | C | | 3.278,29 | 2.991,58 | 3.278,29 | 2.991,58 |
| 409 M-RADIOTERAPIA | 17 | M | | 310 ad accesso | 310 ad accesso | 310 ad accesso | 310 ad accesso |
| 410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA | 17 | M | | 310 ad accesso | 310 ad accesso | 310 ad accesso | 310 ad accesso |
| 411 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA | 17 | M | | 124,47 | 124,47 | 985,76 | 899,32 |
| 412 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA | 17 | M | | 124,47 | 124,47 | 947,85 | 865,16 |
| 413 M-ALTRE ALTERAZ. MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. CON CC | 17 | M | | 124,47 | 124,47 | 3.088,27 | 2.818,04 |
| 414 M-ALTRE ALTERAZ. MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. NO CC | 17 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.587,79 | 1.448,96 |
| 415 C-INTERV. CHIRURGICI PER MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE | 18 | C | alta complessità | 9.105,32 | 7.617,38 | 9.105,32 | 7.617,38 |
| 416 M-SETTICEMIA, ETA' > 17 | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 3.525,28 | 3.217,05 |
| 417 M-SETTICEMIA, ETA' < 18 | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.998,13 | 1.823,50 |
| 418 M-INFIEZIONI POST-OPERATORIE E POST-TRAUMATICHE | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.155,13 | 1.967,07 |
| 419 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.115,25 | 1.930,55 |
| 420 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 NO CC | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.507,47 | 1.375,62 |
| 421 M-MALAT. DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17 | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.532,59 | 1.398,69 |
| 422 M-MALAT. DI ORIG. VIRALE E FEBBRE DI ORIG. SCONOSCIUTA, ETA' < 18 | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.698,83 | 1.550,23 |
| 423 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE | 18 | M | | 124,47 | 124,47 | 3.557,18 | 3.246,55 |
| 424 C-INT. CHIRURG. DI QUAL. TIPO IN PAZ. CON DIAG. PR. DI MALAT. MENTALE | 19 | C | | 5.711,02 | 5.211,61 | 5.711,02 | 5.211,61 |
| 425 M-REAZ. ACUTA DA ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE | 19 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.568,70 | 1.431,43 |
| 426 M-NEVROSI DEPRESSIVA | 19 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 956,30 | 872,80 |
| 427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVA | 19 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 781,17 | 712,70 |
| 428 M-DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI | 19 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.715,20 | 1.565,34 |
| 429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE | 19 | M | potenzialmente inappropriato | 124,47 | 124,47 | 1.180,82 | 1.077,75 |
| 430 M-PSICOSI | 19 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.012,82 | 1.836,94 |
| 431 M-DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA | 19 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.331,52 | 1.215,24 |
| 432 M-ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI | 19 | M | | 124,47 | 124,47 | 1.583,81 | 1.445,28 |
| 433 M-ABUSO/DIPEND. DA ALCOL/FARMACI DIMESSO CONTRO PARERE | 20 | M | | 812,85 | 741,93 | 789,18 | 720,33 |

[illegible]

| | | | | | | | |
|--|----|---|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 480 C-TRAPIANTO DI FEGATO | | C | alta complessità | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 481 C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO | | C | alta complessità | 39.903,46 | 39.903,46 | 39.903,46 | 39.903,46 |
| 482 C-TRACHEOSTOMIA PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO | | C | alta complessità | 10.266,14 | 7.544,44 | 10.266,14 | 7.544,44 |
| 483 C-TRACHEOSTOMIA ECCETTO PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO | | C | alta complessità | 40.000,00 | 33.463,76 | 40.000,00 | 33.463,76 |
| 484 C-CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | 24 | C | alta complessità | 17.014,48 | 14.234,14 | 17.014,48 | 14.234,14 |
| 485 C-REIMPIANTO DI ARTI, INTERV. SU ANCA E FEMORE PER TRAUMAT. MULT. | 24 | C | alta complessità | 12.367,62 | 6.860,64 | 12.367,62 | 6.860,64 |
| 486 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEV. | 24 | C | alta complessità | 12.489,33 | 10.448,73 | 12.489,33 | 10.448,73 |
| 487 M-ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI | 24 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 4.914,74 | 3.943,38 |
| 488 C-HIV ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO | 25 | C | alta complessità | 10.776,75 | 8.998,81 | 10.776,75 | 8.998,81 |
| 489 M-HIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE | 25 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 5.907,08 | 3.891,74 |
| 490 M-HIV ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE | 25 | M | | 124,47 | 124,47 | 2.512,77 | 2.293,23 |
| 491 C-INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI SUP. | 8 | C | alta complessità | 4.787,82 | 3.396,09 | 4.787,82 | 3.396,09 |
| 492 M-CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA | 17 | M | | 310 ad accesso | 310 ad accesso | 310 ad accesso | 310 ad accesso |
| 493 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE CON CC | 7 | C | alta complessità | 4.785,58 | 3.664,59 | 4.785,58 | 3.664,59 |
| 494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC | 7 | C | alta complessità | 2.659,49 | 1.896,96 | 2.659,49 | 1.896,96 |
| 495 C-TRAPIANTO DI POLMONE | | C | alta complessità | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 496 C-ARTRODESI VERTEBRALE APPROCCIO ANTER/POSTER COMBINATO | 8 | C | alta complessità | 6.398,57 | 3.987,15 | 6.398,57 | 3.987,15 |
| 497 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON CC | 8 | C | alta complessità | 6.398,57 | 3.987,15 | 6.398,57 | 3.987,15 |
| 498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC | 8 | C | alta complessità | 3.055,82 | 2.326,80 | 3.055,82 | 2.326,80 |
| 499 C-INTERV. DORSO E COLLO ECCETTO ARTRODESI VERTEB CON CC | 8 | C | alta complessità | 6.398,57 | 3.987,15 | 6.398,57 | 3.987,15 |
| 500 C-INTERV. DORSO E COLLO ECCETTO ARTRODESI VERTEB SENZA CC | 8 | C | alta complessità | 3.055,82 | 2.326,80 | 3.055,82 | 2.326,80 |
| 501 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE CON CC | 8 | C | | 4.102,35 | 3.743,90 | 4.102,35 | 3.743,90 |
| 502 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE SENZA CC | 8 | C | | 2.091,65 | 1.908,82 | 2.091,65 | 1.908,82 |
| 503 C-INTERV. GINOCCHIO SENZA DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE | 8 | C | potenzialmente inappropriato | 2.091,65 | 1.908,82 | 2.091,65 | 1.908,82 |
| 504 C-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO CON INNESTO DI CUTE | 22 | C | alta complessità | 30.233,06 | 25.292,98 | 30.233,06 | 25.292,98 |
| 505 M-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO SENZA INNESTO DI CUTE | 22 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 4.893,74 | 4.094,07 |
| 506 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. SI CC/TRAUMA | 22 | C | alta complessità | 16.656,67 | 13.934,97 | 16.656,67 | 13.934,97 |
| 507 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TRAUMA | 22 | C | alta complessità | 6.625,38 | 5.542,79 | 6.625,38 | 5.542,79 |
| 508 M-UST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. CC/TRAUMA | 22 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 2.436,79 | 2.038,42 |
| 509 M-UST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TR. | 22 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 2.436,79 | 2.038,42 |
| 510 M-USTIONI NON ESTESE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO | 22 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 2.436,79 | 2.038,42 |
| 511 M-USTIONI NON ESTESE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO | 22 | M | alta complessità | 124,47 | 124,47 | 2.436,79 | 2.038,42 |
| 512 C-TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE | | C | alta complessità | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 513 C-TRAPIANTO DI PANCREAS | | C | alta complessità | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 514 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARD CON CATETERISMO CARDIACO | 5 | C | alta complessità | 19.395,21 | 16.225,95 | 19.395,21 | 16.225,95 |

| | | | | | | | |
|---|----|---|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 515 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARD. | 5 | C | alta complessità | 14.583,81 | 12.201,02 | 14.583,81 | 12.201,02 |
| 516 C-INTERVENTI SISTEMA CARDIOVASCOLARE VIA PERCUTANEA CON IMA | 5 | C | alta complessità | 7.422,31 | 5.946,65 | 7.422,31 | 5.946,65 |
| 517 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. CON INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA | 5 | C | alta complessità | 5.946,65 | 4.757,32 | 5.946,65 | 4.757,32 |
| 518 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. NO INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA | 5 | C | alta complessità | 4.757,32 | 3.805,86 | 4.757,32 | 3.805,86 |
| 519 C-ARTRODESI VERTEBRIBRALE CERVICALE CON CC | 8 | C | alta complessità | 6.398,57 | 3.987,15 | 6.398,57 | 3.987,15 |
| 520 C-ARTRODESI VERTEBRIBRALE CERVICALE SENZA CC | 8 | C | alta complessità | 3.055,82 | 2.326,80 | 3.055,82 | 2.326,80 |
| 521 M-ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON CC | 20 | M | | 1.718,66 | 1.568,63 | 1.668,61 | 1.522,95 |
| 522 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TER. RIABILITAT. NO CC | 20 | M | | 2.497,36 | 2.279,00 | 2.424,63 | 2.212,63 |
| 523 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI NO TER. RIABILIT. NO CC | 20 | M | | 1.105,12 | 1.008,28 | 1.072,94 | 978,92 |

Allegato n. 4

**TARIFE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA - ANNO 2007**

| MDC | SED/LIVELLO CODICE DISCIPLINA | TARIFFA giornaliera | Valore soglia in giorni di degenza per l'abbattimento | TARIFFA giornaliera abbattuta | TARIFFA giornaliera di DH (fino a 3 accessi) | TARIFFA giornaliera di DH (oltre i 4 accessi) |
|------------------|-------------------------------------|------------------------|---|-------------------------------------|--|---|
| 1 e 24 | AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE) | 406,28 | | | 140,02 | 298,23 |
| E DRG 483 | AS III -75 HS | 338,64 | | | 115,13 | 247,2 |
| | AS III-28 | 369,07 | | | 124,91 | 266,87 |
| | RI II-56 * | 293,53 | 60 | 176,11 | 124,91 | 187,37 |
| | RI II-56 ** | 299,40 | 60 | 179,64 | 124,91 | 187,37 |
| | LPA/RE I-60 * | 149,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| | LPA/RE I-60 ** | 159,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| 4 | AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE) | 406,28 | | | 0 | 0 |
| | AS III -75 HS | 338,64 | | | 0 | 0 |
| | AS III-28 | 206,41 | | | 0 | 0 |
| | RI II-56 * | 206,41 | 21 | 123,84 | 124,91 | 141,95 |
| | RI II-56 ** | 214,67 | 21 | 128,8 | 124,91 | 141,95 |
| | LPA/RE I-60 * | 149,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| | LPA/RE I-60 ** | 159,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| 5 | AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE) | 406,28 | | | 0 | 0 |
| | AS III -75 HS | 338,64 | | | 0 | 0 |
| | AS III-28 | 223,61 | | | 0 | 0 |
| | RI II-56 * | 223,61 | 15 | 134,16 | 124,91 | 147,63 |
| | RI II-56 ** | 232,55 | 15 | 139,53 | 124,91 | 147,63 |
| | LPA/RE I-60 * | 149,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| | LPA/RE I-60 ** | 159,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| 8 | AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE) | 406,28 | 40 | 243,77 | 140,02 | 166,48 |
| | AS III -75 HS | 338,64 | 40 | 203,18 | 133,53 | 159,77 |
| | AS III-28 | 231,57 | 40 | 138,94 | 124,91 | 158,99 |
| | RI II-56 * | 231,57 | 40 | 138,94 | 124,91 | 158,99 |
| | RI II-56 ** | 240,83 | 40 | 144,5 | 124,91 | 158,99 |
| | LPA/RE I-60 * | 149,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| | LPA/RE I-60 ** | 159,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| Altre MDC | AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE) | 406,28 | 30 | 243,77 | 140,02 | 140,02 |
| | AS III -75 HS | 338,64 | 30 | 203,18 | 134,14 | 134,14 |
| | AS III-28 | 172,02 | 30 | 120 | 124,91 | 124,91 |
| | RI II-56 * | 172,02 | 30 | 120 | 124,91 | 124,91 |
| | RI II-56 ** | 178,9 | 30 | 120 | 124,91 | 124,91 |
| | LPA/RE I-60 * | 149,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |
| | LPA/RE I-60 ** | 159,00 | 60 | 120 | 0 | 0 |

* tariffa giornaliera per i casi che nel medesimo episodio di ricovero hanno anche la fase acuta remunerata a DRG

** tariffa giornaliera per i casi il cui ricovero avvenga tutto in reparto 60 o in reparto 56

Allegato n. 5**Importi aggiuntivi per le attività che prevedono l'impianto di protesi**

| <i>Protesi</i> | <i>Diagnosi (ICD9CM20 02) in qualsiasi posizione nella SDO venga codificato</i> | <i>Interventi (ICD9CM2002) in qualsiasi posizione nella SDO venga codificato</i> | <i>Importo previsto a parziale copertura costo protesi</i> | <i>Centri che possono beneficiare dell'importo aggiuntivo</i> |
|---|---|--|--|--|
| Sostituzione totale o sostituzione parziale della spalla | | 81.80 o 81.81 | 1.740,00 | Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 36 'ortopedia' |
| Artrodesi vertebrale senza innesto osseo | 754.2 o da (737.30 a 737.43) | 'da 81.04 a 81.08' | 2.324,06 | Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 36 'ortopedia' |
| Artrodesi vertebrale con innesto osseo | 754.2 o da (737.30 a 737.43) | 'da 81.04 a 81.08' + 78.09 | 2.685,58 | Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 36 'ortopedia' |
| Artrodesi vertebrale senza innesto osseo | | 'da 81.01 a 81.03' | 774,69 | Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 30 'neurochirurgia' |
| | | | | |
| Artrodesi vertebrale con innesto osseo | | 'da 81.01 a 81.03' + 78.09 | 1.187,85 | Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 30 'neurochirurgia' |
| Protesi sfinteriche urinarie | | 58.93 | 4.131,65 | |
| Protesi endoaortiche | 441.xx solo se codificato in diagnosi principale | 39.71 o 39.79 | 5.000,00 | |
| Stimolatore cerebrale | 332.0 o 333.6 o 333.8 | 02.93 | 16.010,16 | Azienda Ospedaliera di Ferrara, Osp. Bellaria di Bologna, Ospedale di Baggiovara |
| Neurostimolatore spinale (compreso elettrostimolatore neuro urologico) | | 03.93 | 2905,00 | Ospedali pubblici con disciplina 49 Terapia Intensiva |
| Pompa per infusione intratecale | | 86.06 | 1.807,60 | Ospedali pubblici con disciplina 49 Terapia Intensiva |
| Protesi metacarpale o metacarpofalangea | | 81.71 o 81.74(il | 1.804,00 per ogni protesi | Azienda Ospedaliera di Modena |
| Protesi biliari | | 51.87 | 413,16 | |

| | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--|
| Protesi mammarie e inserzione di espansore | | 85.95 o 85.53 o 85.54 | 878,00 euro per 85.95 o 85.53 ; 1.317,00 euro per 85.54 | |
| Neurostimolatore vagale | 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate | 04.92 associato ai DRG 7 e 8 | 15.000 | AOSP di Bologna e Ospedale Bellaria di Bologna |
| Protesi cocleare | | 20.96 o 20.97 o 20.98 | 21.474,27 | AOSP di Parma, AOSP di Ferrara, AOSP di Reggio Emilia, AOSP di Modena, Ospedale Maggiore di Bologna, Presidio Ospedaliero Modena AUSL, Ospedale di Piacenza, Ospedale di Rimini CDC Piacenza |

I Centri sono stati individuati sulla base della attività svolta: ulteriori centri, per beneficiare dell'importo aggiuntivo dovranno sottoporre formale richiesta al Servizio Presidi Ospedalieri dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Edicola del Comunale S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna
Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)
Libreria del professionista – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini
Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)
Libreria Feltrinelli – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma
Edicola Libreria Cavalieri – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

- Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo
- Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

Avvertenza – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.

La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.