

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Augusto ROLLANDIN

IL DIRIGENTE ROGANTE
Livio SALVEMINI

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal _____ per quindici giorni consecutivi.

Aosta, li _____

IL DIRIGENTE
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 6 maggio 2016

In Aosta, il giorno sei (6) del mese di maggio dell'anno duemilasedici con inizio alle ore otto, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente della Regione Augusto ROLLANDIN

e gli Assessori

Aurelio MARGUERETTAZ - Vice-Presidente

Mauro BACCEGA

Luca BIANCHI

Raimondo DONZEL

Antonio FOSSON

Ego PERRON

Emily RINI

Renzo TESTOLIN

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Segreteria della Giunta regionale, Sig. Livio SALVEMINI

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **591** OGGETTO :

INDIVIDUAZIONE, AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 5 DELLA L.R. 19/2015, DELLE PRESTAZIONI DA ASSOGGETTARE A PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE IN STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE FUORI REGIONE.

LA GIUNTA REGIONALE

visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale;

vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1902 del 30 dicembre 2014 “Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) resi dal servizio sanitario regionale (SSR) ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e dell'art. 34 della legge 724/1994. Revoca della DGR 931/2014;

richiamato il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” e, in particolare, l’articolo 3, che prevede che le Regioni che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio applichino il DM 70/2015 compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento, nell’ambito della propria autonomia organizzativa;

richiamata la legge regionale 11 dicembre 2015, n. 19, art. 15, comma 5, secondo cui, per razionalizzare la spesa sanitaria e preservare un efficace ed efficiente servizio sanitario, la Giunta regionale può individuare prestazioni, o gruppi di prestazioni, classificate di bassa e media complessità se in regime di ricovero, la cui erogazione da parte di strutture private accreditate ubicate fuori regione è ammessa solo previa autorizzazione all’utente da parte dell’Azienda USL;

considerato che la predetta legge regionale, all’art. 15, comma 5, effettua, in linea con quanto indicato dalla giurisprudenza costituzionale, un ragionevole contemperamento dei due principali interessi coinvolti, quali la libertà di scelta del cittadino e l’esigenza di preservare un’efficace ed efficiente organizzazione del sistema sanitario, negando l’autorizzazione alla mobilità passiva per le prestazioni di ricovero a bassa e media complessità o potenzialmente inappropriate e per le prestazioni di radiologia diagnostica solo nel caso in cui esse non siano conformi ai criteri di appropriatezza clinica generalmente riconosciuti o quando le stesse siano erogabili dal servizio sanitario regionale nel rispetto dei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente;

precisato che il rispetto dei tempi di attesa consiste nell’osservanza dei criteri stabiliti dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) approvato in sede di Conferenza Stato Regioni e dei criteri contenuti nella deliberazione della Giunta regionale conseguente che ne stabilisce le specifiche regionali;

ritenuto che tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire obiettivi assistenziali debbano operare secondo il principio dell’efficacia, della qualità e della sicurezza delle cure, dell’efficienza, della centralità del paziente e dell’umanizzazione dei trattamenti, rispettando sempre, e in primo luogo, la dignità della persona;

ritenuto altresì che per promuovere la qualità dell’assistenza e la sicurezza delle cure nonché l’uso appropriato delle risorse, la razionalizzazione debba riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità e sulla sicurezza dell’assistenza sia in termini di efficacia, sia di efficienza;

precisato che tra i servizi che maggiormente incidono sulla qualità e sulla sicurezza dell’assistenza, sia in termini di efficacia, sia in termini di efficienza, si intende individuare alcune prestazioni di ricovero ospedaliero e, tra le prestazioni di specialistica ambulatoriale, specificatamente alcune prestazioni di radiologia diagnostica;

considerato che sul totale (100%) della spesa per la compensazione della mobilità sanitaria interregionale, le due voci con maggiore impatto finanziario sono quella riguardante

i ricoveri ospedalieri (77%) e quella riguardante la specialistica ambulatoriale (14%), di cui la radiologia diagnostica è una delle componenti di maggiore peso (23%);

verificato attraverso gli uffici competenti che, per quanto attiene **le prestazioni da ricovero ospedaliero**, i dati della mobilità sanitaria interregionale evidenziano un elevato numero di residenti valdostani dimessi per DRG (acronimo inglese di Gruppi Omogenei di Diagnosi) a bassa e media complessità da strutture private accreditate extra regionali;

considerato inoltre che alcuni dei DRG individuati sono presenti anche nell'elenco dei 43 definiti ad alto rischio di inappropriatazza in base al DPCM 29 novembre 2001, successivamente aggiornato con ulteriori DRG fino a formare un elenco di 108 DRG incluso nel Patto per la Salute 2012 -2014;

evidenziata la permanenza nel tempo di alcuni DRG classificati a bassa e media complessità, o potenzialmente inappropriati, nei flussi della mobilità passiva prodotta dai residenti valdostani negli ultimi anni per ricoveri avvenuti in strutture private accreditate fuori regione;

considerato che per il rimborso alle altre Regioni degli oneri di mobilità passiva in compensazione la Valle d'Aosta, con riferimento alla matrice di mobilità 2013 approvata in data 7 maggio 2015 in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano ha sostenuto, per le prestazioni da ricovero inerenti ai DRG a bassa e media complessità, di cui all'Allegato A, una spesa pari a Euro 1.486.310 per 690 ricoveri (equivalente al 9% della spesa complessiva sostenuta per tutti i ricoveri extra regione in mobilità passiva, con evidenti ripercussioni anche sul saldo totale dato dalla differenza tra mobilità passiva e mobilità attiva), e che, secondo le stime, analoga previsione di spesa è prevista anche per il 2014;

considerato inoltre che i DRG 503; 554; 219; 223; 225, 229; 232; 288; 211; 335; 337; 311; 119 e 479, compaiono sia nell'elenco dei DRG oggetto di mobilità passiva per la Valle d'Aosta e, quindi, di fuga dei residenti verso strutture extra regionali, sia nell'elenco dei DRG oggetto di mobilità attiva per la Valle d'Aosta e, quindi, di attrazione di cittadini residenti in altre regioni verso le strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate della Valle d'Aosta, a dimostrazione della qualità delle prestazioni rese;

valutato che per i DRG a bassa e media complessità l'offerta sanitaria delle strutture pubbliche e convenzionate presenti in Valle d'Aosta è in grado di soddisfare il bisogno assistenziale della popolazione valdostana residente rendendo ingiustificato il ricorso a strutture poste nelle regioni confinanti, specie se private e, da quelle, accreditate;

considerata una prima richiesta inoltrata all'Azienda USL con nota n. 2518/Ass in data 26 gennaio 2016 con la quale si richiedevano i costi di produzione aziendali per i DRG medici e chirurgici oggetto del 72% della spesa per mobilità passiva per l'anno 2014, nel cui elenco figurano anche i DRG chirurgici individuati dalla presente deliberazione;

valutata la risposta fornita dall'Azienda USL alla sopracitata richiesta, pervenuta con nota acquisita al protocollo con il n. 5534/Ass in data 19 febbraio 2016, dalla quale risulta che i costi di produzione interni per i DRG individuati dalla presente deliberazione sono inferiori, o prossimi, a quelli delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione in mobilità delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2012;

considerata la seconda richiesta inoltrata all'Azienda USL con nota n. 10788/Ass in data 30 marzo 2016 con la quale si trasmetteva l'elenco completo dei DGR chirurgici di bassa e media complessità, e quelli potenzialmente inappropriati, oggetto di mobilità passiva, per richiedere l'individuazione, ai sensi dell'art. 15, c. 5 della l.r. 19/2015, delle prestazioni di ri-

covero da assoggettare a preventiva autorizzazione per l'erogazione in strutture private accreditate fuori regione;

valutata la risposta fornita dall'Azienda USL alla sopracitata richiesta, pervenuta con nota acquisita al protocollo con il n. 12282/Ass in data 11 aprile 2016, con la quale si trasmette, sentiti anche i Dipartimenti chirurgici, un elenco di DRG chirurgici, distinti per area specialistica e a bassa e media complessità - di cui **all'Allegato A**, trattabili presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate regionali e, quindi, assoggettabili all'autorizzazione preventiva per l'erogazione in strutture private accreditate fuori regione;

tenuto conto che, verosimilmente, sulla base della proposta condivisa in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 2 luglio 2015, il Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2012 costituirà, in futuro, il riferimento tariffario per tutte le Regioni per la valorizzazione economica delle compensazioni dei ricoveri ospedalieri erogati in mobilità sanitaria;

ritenuto altresì che un aumento dei volumi della produzione per i DRG di cui all'Allegato A, come anche dichiarato dalla nota dell'Azienda USL in data 19 febbraio 2016, avrebbe come ulteriore effetto una riduzione dei costi di produzione per l'Azienda USL stessa, migliorandone l'efficienza interna;

tenuto conto della nota pervenuta dall'Azienda USL della Valle d'Aosta, acquisita al protocollo con il n. 12485/Ass in data 12 aprile 2016, con la quale si richiede alla Giunta regionale di valutare l'eventuale estensione della preventiva autorizzazione anche ad alcune prestazioni di diagnostica strumentale, in particolare alle prestazioni in risonanza magnetica nucleare di cui **Allegato B**, eseguibili in sicurezza e qualità presso le strutture pubbliche e private accreditate regionali;

verificato ulteriormente attraverso gli uffici competenti che, per quanto attiene **alle prestazioni di radiologia diagnostica**, i dati della mobilità sanitaria interregionale evidenziano un elevato numero di prestazioni erogate a residenti valdostani da strutture private accreditate extra regionali, tra le quali quelle di cui all'Allegato B;

considerato che tra le prestazioni di radiologia diagnostica sopra citate ve ne sono tre (codice 88.93; 88.94.1 e 88.94.2) espressamente interessate dal Decreto ministeriale 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"

precisato che ai fini dell'applicazione delle condizioni di erogabilità nella prescrizione delle prestazioni di radiologia diagnostica di cui all'allegato 1 del sopra citato DM 9 dicembre 2015 (tra le quali quelle indicate dai codici 88.93, 88.94.1 e 88.94.2) per la definizione del «sospetto oncologico» citato nelle note del sopra menzionato allegato 1 ai numeri 32, 34, 36, 38 e 40, sono da considerare i seguenti fattori: 1) anamnesi positiva per tumori; 2) perdita di peso; 3) assenza di miglioramento con la terapia dopo 4-6 settimane; 4) età sopra i 50 e sotto 18 anni; 5) dolore ingravescente, continuo, anche a riposo e con persistenza notturna;

visto il decreto del Ministro della Sanità 22 luglio 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996 recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe»;

vista l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015 e, in particolare, il punto B.1. «Riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale»;

ritenuto opportuno che l'Azienda USL della Valle d'Aosta istituisca, con deliberazione del Direttore generale, un'apposita Commissione che operi per il rilascio tempestivo delle preventive autorizzazioni, nominative e individuali, per il ricorso a strutture fuori regione sia per il ricovero dei DRG a bassa e media complessità precedentemente individuati, sia per le prestazioni di radiologia diagnostica sopra individuate, registrando tale informazione su un apposito archivio informatizzato che sarà trasmesso, semestralmente, nel rispetto della normativa per la privacy, alla Struttura regionale competente in materia di programmazione socio - sanitaria e mobilità;

considerato che il ricorso alla preventiva autorizzazione al ricovero fuori regione, ovvero alle prestazioni di radiologia diagnostica, ha la duplice finalità di evitare ai residenti valdostani eventuali prestazioni inappropriate, se non dannose, nonché di evitare che prestazioni erogabili in Valle d'Aosta presso le strutture pubbliche e convenzionate presenti siano erogate da strutture private accreditate da altre regioni;

precisato che l'Azienda USL rilascerà le autorizzazioni in tutti i casi in cui, per ragioni organizzative aziendali, per tempi di attesa superiori a quelli previsti dalla normativa vigente, per urgenza della prestazione, o per altre ragioni oggettivamente motivate, il ricorso a strutture private accreditate poste fuori regione e, quindi, in mobilità passiva, risulti essere la modalità più idonea a soddisfare il bisogno assistenziale del cittadino valdostano residente e che, pertanto, ciò risponda alla effettiva tutela del diritto alla salute dello stesso;

specificato che la Commissione, per il rilascio delle suddette autorizzazioni, dovrà rispettare criteri appositamente individuati e definiti con deliberazione del Direttore generale, in ottemperanza a quanto indicato al paragrafo precedente;

ritenuto opportuno che, per evitare il diffondersi tra i cittadini valdostani residenti di informazioni imprecise riguardo al diritto di accesso a cure adeguate e sicure in relazione al bisogno assistenziale clinicamente accertato, sia da assegnare all'Azienda USL, tramite le strutture e gli uffici competenti, l'incarico di assicurare la puntuale e corretta informazione dei contenuti della presente deliberazione ai medici di medicina generale (MMG), ai pediatri di libera scelta (PLS), ai medici ospedalieri delle strutture pubbliche o accreditate, nonché ai medici specialisti che abbiano titolo per prescrivere prestazioni di ricovero o prestazioni di radiologia diagnostica e, per il loro tramite, ai loro assistiti;

precisato invece che sia da assegnare alla Struttura regionale competente la tempestiva notifica della presente deliberazione alle Regioni e Province autonome, precisando che la stessa avrà decorrenza a partire dalle prestazioni prescritte in data successiva al **31 maggio 2016**;

precisato pertanto che, a seguito della suddetta notifica, tutte le prestazioni di ricovero di cui all'Allegato A e le prestazioni di radiologia diagnostica di cui all'Allegato B, erogate da strutture private accreditate poste fuori i confini regionali, in assenza dell'autorizzazione da parte dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, non saranno riconoscibili in sede di compensazione della mobilità sanitaria alle Regioni alle quali sarà stata data preventiva comunicazione della presente deliberazione;

ritenuto inoltre necessario, per migliorare la qualità delle cure e contrastare l'inappropriatezza e la sovra diagnosi, affiancare, alle procedure per la preventiva autorizzazione previste dalla presente deliberazione, la stesura, con il supporto di specialisti medici, di alcune liste di interventi e procedure diagnostiche da prescrivere con particolare prudenza poiché spesso non necessari o inutili, se non potenzialmente dannosi;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1964 in data 30.12.2015 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2016/2018, del bilancio di cassa per l'anno 2016, di disposizioni applicative e l'affiancamento, a fini conoscitivi, del bilan-

cio finanziario gestionale per il triennio 2016/2018, ai sensi del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dalla dirigente della Struttura programmazione socio sanitaria e mobilità dell'Assessorato sanità salute e politiche sociali, ai sensi dell'art. 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Antonio FOSSON;

ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di individuare nell'elenco di cui **all'Allegato A**, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, le prestazioni di ricovero distinte per specialità clinica inerenti ai DRG a bassa e media complessità da assoggettare a preventiva autorizzazione per l'erogazione in strutture private accreditate fuori regione;
2. di individuare nell'elenco di cui **all'Allegato B**, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, le prestazioni di radiologia diagnostica da assoggettare a preventiva autorizzazione per l'erogazione in strutture private accreditate fuori regione;
3. di dare mandato all'Azienda USL della Valle d'Aosta di istituire, con deliberazione del Direttore generale, un'apposita Commissione per il rilascio tempestivo delle autorizzazioni nominative e individuali preventive al ricorso a strutture fuori regione per il ricovero collegato ai DRG a bassa e media complessità di cui all'Allegato A e per le prestazioni di radiologia diagnostica di cui all'Allegato B;
4. di dare atto che la Commissione, per il rilascio delle suddette autorizzazioni, dovrà rispettare criteri appositamente individuati e definiti con deliberazione del Direttore generale che tengano conto delle ragioni organizzative aziendali, dei tempi di attesa superiori a quelli previsti dalla normativa vigente, dell'urgenza della prestazione, o di altre ragioni oggettivamente motivate per le quali il ricorso a strutture private accreditate poste fuori regione risponda alla effettiva tutela del diritto alla salute dello stesso;
5. di stabilire che l'Azienda USL della Valle d'Aosta provveda a informare celermente i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), i medici ospedalieri delle strutture pubbliche o accreditate, nonché i medici specialisti che abbiano titolo per prescrivere prestazioni di ricovero o prestazioni di radiologia diagnostica e, per il loro tramite, i loro assistiti o pazienti, in merito alle prestazioni di cui all'Allegato A e quelle di cui all'Allegato B da sottoporre a preventiva autorizzazione, nonché alla prassi che il cittadino dovrà seguire per il ricorso all'autorizzazione;
6. di stabilire che la preventiva autorizzazione alle prestazioni di ricovero di cui all'Allegato A e a quelle di radiologia diagnostica di cui all'Allegato B individuate si applichi a partire dalle prestazioni prescritte in data successiva al **31 maggio 2016**;
7. di prevedere che l'Azienda USL inoltri semestralmente, nel rispetto della normativa per la privacy, alla Struttura regionale competente in materia di programmazione socio sanitaria e mobilità, i dati nominativi individuali relativi alle autorizzazioni rilasciate per l'erogazione, da parte di strutture private accreditate fuori regione, delle prestazioni di cui all'Allegato A e a quelle di cui all'Allegato B, al fine di verificarne le condizioni per la remunerazione in mobilità passiva, condurre il monitoraggio dei dati e aggiornare, eventualmente, il numero e la tipologia delle prestazioni interessate;

8. di stabilire che le prestazioni di cui all'Allegato A e a quelle di cui all'Allegato B rese in assenza di autorizzazione non saranno remunerate ai soggetti erogatori e non saranno riconosciute in sede di compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni alle quali sarà stata data preventiva e sollecita comunicazione della presente deliberazione;
9. di prevedere che l'Azienda USL proceda, con il supporto di specialisti medici e considerando anche quanto indicato dal Decreto ministeriale 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", alla stesura di alcune liste di interventi e procedure diagnostiche da prescrivere con particolare prudenza poiché spesso non necessari e inutili, se non potenzialmente dannosi, per affiancare quanto previsto dalla presente deliberazione per la preventiva autorizzazione e accompagnarne correttamente il percorso di attuazione;
10. di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
11. di disporre la trasmissione della presente deliberazione alle Regioni e Province autonome, precisando che la stessa si applica alle prestazioni prescritte in data successiva al 31 maggio 2016, oltre che all'Azienda USL per i compiti e i provvedimenti di competenza;
12. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul sito internet della Regione Autonoma Valle d'Aosta www.regione.vda.it;
13. di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

PV

ALLEGATO A alla deliberazione della Giunta regionale n. 591 in data 6 maggio 2016**PRESTAZIONI DI RICOVERO PER SINGOLA AREA SPECIALISTICA E A BASSA E MEDIA COMPLESSITA' DA ASSOGGETTARE A PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE IN STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE FUORI REGIONE**ORTOPEDIA

DRG	DESCRIZIONE
006	Decompressione del tunnel carpale
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
225	Interventi sul piede
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
232	Artroscopia
499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC
502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC

OCULISTICA

DRG	DESCRIZIONE
036	Interventi sulla retina
037	Interventi sull'orbita
038	Interventi primari sull'iride
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino

UROLOGIA

DRG	DESCRIZIONE
305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
306	Prostatectomia con CC
307	Prostatectomia senza CC
308	Interventi minori sulla vescica con CC
309	Interventi minori sulla vescica senza CC
310	Interventi per via transuretrale con CC
311	Interventi per via transuretrale senza CC
312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
336	Prostatectomia transuretrale con CC
337	Prostatectomia transuretrale senza CC
338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
342	Circoncisione, età > 17 anni

CHIRURGIA VASCOLARE

DRG	DESCRIZIONE
113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede
114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
119	Legatura e stripping di vene
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio
533	Interventi vascolari extracranici con CC
534	Interventi vascolari extracranici senza CC
553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
577	Inserzione di stent carotideo

CHIRURGIA TORACICA, SENOLOGICA E DELLA TIROIDE

DRG	DESCRIZIONE
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
290	Interventi sulla tiroide
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne

CHIRURGICA GENERALE e DIGERENTE

DRG	DESCRIZIONE
150	Lisi di aderenze peritoneali con CC
151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC
152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
157	Interventi su ano e stoma con CC
158	Interventi su ano e stoma senza CC
159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC
171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC
195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
267	Interventi perianali e pilonidali
290	Interventi sulla tiroide
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore

CHIRURGIA BARIATRICA

DRG	DESCRIZIONE
288	Interventi per obesità

OTORINOLARIGOIATRIA

DRG	DESCRIZIONE
057	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni

CARDIOLOGIA ED EMODINAMICA

DRG	DESCRIZIONE
117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA (Infarto Miocardico Acuto)
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore

ALLEGATO B alla deliberazione della Giunta regionale n. 591 in data 6 maggio 2016

PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA DA ASSOGGETTARE A PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE IN STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE FUORI REGIONE

CODICE	DENOMINAZIONE PRESTAZIONE
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale SPECIFICATAMENTE per le sole PATOLOGIE ORTOPEDICHE DEGENERATIVE
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA Piccole articolazioni senza e con contrasto
88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - Grandi articolazioni