

Spedizione in abbonamento postale
Art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Fil. di Potenza

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA



Regione Umbria

PARTI PRIMA e SECONDA

PERUGIA - 3 giugno 2009

*Prezzo € 1,20
(IVA compresa)*

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 9 marzo 2009, n. 298.

Tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1852 del 22 dicembre 2008 - Adozione definitiva.

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
9 marzo 2009, n. 298.

Tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1852 del 22 dicembre 2008 - Adozione definitiva.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'assessore Maurizio Rosi;

Preso atto:

a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;

c) della dichiarazione del dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

d) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e, in particolare, l'art. 8 sexies;

Visto il D.M. Sanità 15 aprile 1994: «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera» che, all'art. 3, commi 5 e 6, statuisce i criteri di determinazione delle tariffe;

Richiamato il D.M. Sanità del 30 giugno 1997: «Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al D.M. 14 dicembre 1994» e, in particolare, gli articoli 2, 3 e 4;

Vista la legge 23 dicembre 1996, n. 662: «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica» e, in particolare, l'art. 1, comma 32;

Vista la legge 27 dicembre 1997, n. 449: «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica» e, in particolare, l'art. 32;

Vista la legge 18 dicembre 1999, n. 488 e, in particolare, l'art. 28 - «Riqualificazione dell'assistenza sanitaria a attività libero professionale»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 che impegna il Governo ad adottare, entro il 30 novembre 2001, un provvedimento per la definizione dei Livelli essenziali di assistenza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, ed in relazione alle risorse definite nello stesso Accordo;

Vista la legge 405 del 16 novembre 2001 che, all'articolo 6, stabilisce che, con decreto del Presidente

del Consiglio dei ministri, da adottare entro il 30 novembre 2001, vengano definiti i Livelli essenziali di assistenza;

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito in data 22 novembre 2001 sui Livelli essenziali di assistenza;

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001: «Definizione dei Livelli essenziali di assistenza», pubblicato in G.U. n. 33 dell'8 febbraio 2002 - supplemento ordinario n. 26 e, in particolare, all. 3, lett. a);

Vista la legge 27 dicembre 2002, n. 289: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» e, in particolare, gli articoli 29 e 52;

Visto l'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 giugno 2005 per l'adozione, ai fini delle remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, della versione 19 della classificazione «Diagnosis Related Groups»;

Vista la legge 30 dicembre 2004, n. 31: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)» e, in particolare, i commi 170 e 171;

Vista la legge 23 dicembre 2005, n. 266: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)»;

Vista l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, sancita in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge n. 311/2004;

Vista l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 5 ottobre 2006 concernente il nuovo Patto sulla salute;

Visto il D.M. del Ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008 relativo all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere;

Richiamate le proprie deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 1950 del 9 dicembre 2004: «Revisione tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1502 del 30 ottobre 2002»;

- n. 199 del 10 febbraio 2005: «Rettifica tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1950 del 9 dicembre 2004»;

- n. 1595 del 29 settembre 2005: «Fondo sanitario regionale anno 2005 - Ulteriori assegnazioni»;

- n. 1026 del 14 giugno 2006: «Riparto quota di F.S.N. di parte corrente indistinta e quote finalizzate per l'esercizio 2006»;

- n. 2019 del 22 novembre 2006: «Revisione tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1950 del 9 dicembre 2004»;

- n. 2319 del 22 dicembre 2006: «Riparto quota di F.S.N. di parte corrente indistinta e quote finalizzate per l'esercizio 2006»;

- n. 663 del 23 aprile 2007: «Fondo sanitario regionale 2006. Integrazione assegnazioni alle Aziende sanitarie»;

- n. 1346 del 27 luglio 2007: «Approvazione accordi contrattuali tra le Aziende U.S.L., le Aziende ospeda-

riere e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario regionale per gli anni 2006-2007 e relative linee guida per l'anno 2007»;

- n. 1347 del 27 luglio 2007: «Riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario regionale per l'anno 2007»;

- n. 2305 del 27 dicembre 2007: «Disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario regionale per l'anno 2007. Ulteriore assegnazione»;

- n. 957 del 28 luglio 2008: «Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende U.S.L. e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario regionale per l'anno 2008»;

- n. 958 del 28 luglio 2008: «Riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario regionale per l'anno 2008»;

- n. 1841 del 22 dicembre 2008: «Disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario regionale per l'anno 2008. Ulteriore assegnazione»;

- n. 1852 del 22 dicembre 2008: «Revisione tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 2019 del 22 novembre 2006»;

Visto il Piano sanitario regionale 2009/2011, adottato con deliberazione di Giunta regionale del 24 novembre 2008, n. 1609;

Vista la D.G.R. n. 2109 del 7 dicembre 2005 che ha attivato la contabilità analitica ex artt. 94 e 97 della L.R. n. 13/2000;

Vista la legge regionale 5 marzo 2009, n. 3, recante: «Legge finanziaria 2009. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale di previsione 2009 e pluriennale 2009-2011»;

Vista la legge regionale 5 marzo 2009, n. 5, recante: «Bilancio di previsione annuale per l'esercizio finanziario 2009 e bilancio pluriennale 2009-2011»;

Vista la deliberazione di Giunta regionale del 9 marzo 2009, n. 302, recante: «Approvazione bilancio di direzione per l'esercizio finanziario 2009. Art. 50, L.R. n. 13 del 28 febbraio 2000»;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di adottare, in via definitiva, il tariffario base delle prestazioni di degenza ospedaliera riportato nell'*allegato 1*, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con le rettifiche apportate dal gruppo di lavoro costituito a tal fine;

3) di prendere atto che il tariffario base definitivo di cui al precedente punto 2) recepisce sostanzialmente quello adottato in forma sperimentale con DGR 1852/2008, fatta eccezione per il nuovo DRG 544 a cui, per la degenza ordinaria, è stata attribuita la tariffa del corrispondente DRG 209 della versione 19;

4) di applicare, con decorrenza dalle dimissioni ospedaliere del 1° gennaio 2009, il sopra indicato

tariffario base per la remunerazione delle prestazioni di degenza ospedaliera rese da soggetti pubblici o strutture erogatrici private che intrattengono rapporti con il S.S.R., sulla base dei criteri di applicazione indicati nei punti seguenti;

5) di confermare, ai fini della remunerazione, la seguente classificazione delle strutture erogatrici, già adottata con D.G.R. n. 1950/2004 e n. 2019/2006, sulla base della complessità strutturale/organizzativa:

- *Fascia A* - Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di secondo livello alle quali si applica il tariffario base regionale incrementato del 20 per cento;

- *Fascia B* - Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di primo livello alle quali si applica il tariffario base regionale incrementato del 10 per cento;

- *Fascia C* - Altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti alle quali si applica il tariffario base regionale;

6) di stabilire che le tariffe piene vengano riconosciute agli erogatori per l'attività erogata all'interno dei volumi finanziari programmati mentre si applichino tariffe abbattute se si erogano prestazioni oltre tale limite (tariffa regressiva), secondo i seguenti criteri:

- alle strutture erogatrici, limitatamente all'attività remunerata a prestazione, vengono applicate le tariffe piene previste, per la fascia di appartenenza, fino al raggiungimento del volume finanziario programmato; oltre tale limite e fino ad un incremento massimo del 10 per cento verrà applicato un abbattimento pari all'85 per cento; superato tale limite non verrà corrisposto alcun corrispettivo;

- la tariffa regressiva di cui al punto precedente si applica così come già previsto dalla D.G.R. n. 2019/2006, al volume finanziario programmato complessivo, comprensivo delle prestazioni erogate a pazienti residenti in altre regioni;

7) di stabilire inoltre che:

- sia vietata, per la remunerazione ai soggetti erogatori pubblici e privati, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente;

- la Regione possa autorizzare specifiche deroghe a quanto stabilito nel presente atto nell'ambito della stipula degli accordi contrattuali fra Aziende USL e strutture erogatrici pubbliche e private per la regolazione della mobilità intraregionale o in attuazione di accordi sottoscritti direttamente dalla Regione Umbria con altre Regioni per la regolazione della mobilità interregionale;

8) di confermare le tariffe e i criteri di applicazione già in vigore per le prestazioni di degenza, di riabilitazione e lungodegenza ai sensi della D.G.R. n. 2019 del 22 novembre 2006, in attesa del riordino della rete riabilitativa;

9) di stabilire che il nuovo sistema tariffario, oggetto del presente atto, sia sottoposto ad un attento monitoraggio da parte del Servizio V della Direzione regionale Sanità e servizi sociali che ne dovrà verificare sia la corretta applicazione che gli effetti sull'appropriatezza delle prestazioni rese;

10) di dare mandato al direttore della Direzione regionale Sanità e servizi sociali di notificare il nuovo Nomenclatore tariffario regionale per la remun-

razione delle prestazioni di degenza ospedaliera alle Aziende sanitarie e alle strutture erogatrici private che intrattengono rapporti con il S.S.R. ed al dirigente del Servizio III di provvedere a tutti gli adempimenti connessi alla corretta applicazione dello stesso;

11) di disporre la pubblicazione del presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria e nel sito web della Direzione regionale Sanità e servizi sociali.

Il Vicepresidente
LIVIANTONI

(su proposta dell'assessore Rosi)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1852 del 22 dicembre 2008 - Adozione definitiva.

L'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/92, nel disciplinare le modalità di remunerazione delle strutture erogatrici, individua quale criterio di definizione del sistema tariffario il necessario allineamento tra tariffe e costi di produzione.

In osservanza al dettato legislativo, la Regione Umbria ha, da alcuni anni, istituito un gruppo di lavoro al fine di rilevare e monitorare i costi di produzione delle prestazioni di ricovero ospedaliero.

Tale monitoraggio ha consentito la periodica rimodulazione delle tariffe, effettuata tempestivamente, basandosi sui dati di attività e di costo aggiornati alle dinamiche reali, evitando, così, il verificarsi di fenomeni distortivi che si generano quando le tariffe non sono remunerative, riducendo quindi l'inappropriatezza.

Inoltre, il decreto ministeriale del 21 novembre 2005 prevede l'aggiornamento biennale dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG.

A tal fine, il Ministero della salute ha istituito un apposito gruppo di lavoro avente le seguenti finalità:

- definizione di metodologie per la manutenzione e l'aggiornamento dei sistemi di classificazione ICD-9-CM e DRG;
- revisione delle linee guida e progettazione di un piano di formazione per la corretta compilazione della Scheda di dimissione ospedaliera;
- elaborazione di proposte per la revisione dello schema di remunerazione tariffaria.

L'articolo 8, comma 3, del decreto legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito nella legge 28 febbraio 2008, n. 31, nel modificare l'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede poi che con cadenza triennale e comunque, in sede di prima applicazione non oltre il 31 dicembre 2008, si proceda all'aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di ricovero ospedaliero.

In attuazione a quanto previsto, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha istituito un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del citato Ministero, di quello dell'economia e delle finanze, dell'Agens e di alcune Regioni con i seguenti compiti:

— analisi dei costi di produzione delle prestazioni sanitarie;

— valutazione comparativa dei diversi tariffari regionali.

Il primo risultato prodotto dai gruppi di lavoro è stato il decreto ministeriale 18 dicembre 2008 che aggiorna i sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e stabilisce pesi e valori soglia dei ricoveri ospedalieri.

Per la classificazione dei ricoveri ospedalieri sono stati utilizzati i DRG CMS versione 24.0, associata alla classificazione ICD-9-CM 2007 delle diagnosi, interventi e procedure.

Nel corso del lavoro svolto dai gruppi è stata utilizzata la rilevazione dei costi relativa all'anno 2006, in quanto ultima disponibile nella maggior parte delle Regioni partecipanti.

Dai risultati di tale indagine e, in particolare, dall'analisi dei costi medi regionali osservati per DRG, confrontati con le tariffe nazionali attualmente in vigore, è emersa la necessità di revisione del sistema di remunerazione, ai fini dell'adeguamento del sistema tariffario ai costi medi stimati dall'indagine.

A seguito delle modifiche normative apportate dal sopra citato D.M. 18 dicembre 2008 si è reso necessario l'aggiornamento del tariffario base regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui alla DGR 22 novembre 2006, n. 2019.

La Giunta regionale, con atto del 22 dicembre 2008, n. 1852/ ha deliberato di approvare, in forma sperimentale, il tariffario base delle prestazioni di degenza ospedaliera adeguando il precedente, di cui alla DGR 2019 del 22 novembre 2006, alla versione 24 dei DRG.

Con lo stesso provvedimento è stata prevista l'istituzione di un gruppo di lavoro che avrebbe dovuto valutare la congruità delle tariffe e la correttezza dei criteri di fatturazione, formulando eventuali proposte ai fini dell'adozione definitiva.

Durante la fase di sperimentazione il gruppo incaricato non ha evidenziato particolari criticità nell'applicazione del tariffario base sperimentale di cui alla DGR 1852/2008, fatta eccezione per la tariffa del nuovo DRG 544 ritenuta non remunerativa, per la quale si è concordato di adottare, per la degenza ordinaria, la tariffa del corrispondente DRG 209 della versione 19.

Tutto ciò premesso, si propone di aggiornare definitivamente il sistema tariffario ed i criteri di applicazione nel modo seguente:

Viene adottato un tariffario base regionale le cui tariffe sono allineate al prodotto dei pesi DRG specifici individuati nel D.M. 18 dicembre 2008 per il costo medio di produzione delle prestazioni di degenza ospedaliera, fatte salve le correzioni puntuali che si è ritenuto opportuno effettuare per i casi indicati nei successivi paragrafi.

Il nuovo tariffario base regionale conferma la struttura del tariffario precedente con la seguente articolazione:

TARIFFE RICOVERI PER ACUTI.

Per ciascun DRG sono previste tre tipologie di tariffa:

- a) tariffa per ricoveri ordinari fra due giorni e il valore soglia;
- b) tariffa giornaliera aggiuntiva per degenza oltre il valore soglia;
- c) tariffa per ricoveri di 1 giorno o diurni;

TARIFFE RICOVERI PER LA RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA.

Tariffa giornaliera:

- articolata per MDC per le strutture di riabilitazione recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56);

• differenziata per tipologia di struttura per unità spinale (cod. 28), per neuroriabilitazione (cod. 75), e per lungodegenza (cod. 60).

Le caratteristiche del tariffario sono le seguenti:

TARIFFE RICOVERI PER ACUTI.

a) Tariffa per ricoveri ordinari fra due giorni e il valore soglia.

Per ogni DRG CMS versione 24.0 la tariffa è stata posta pari al prodotto dei pesi DRG specifici individuati nel D.M. 18 dicembre 2008 per il costo medio di produzione delle prestazioni di degenza ospedaliera calcolato con il programma di allocazione dei costi CAMS della 3M, a partire dai dati analitici di costo 2006, aggiornati sulla base del costo medio 2007, rilevati nelle strutture erogatrici pubbliche e private.

Al fine di graduare l'impatto finanziario, per i DRG le cui nuove tariffe presentavano una variazione superiore o inferiore al 50 per cento rispetto alle vecchie, il valore attribuito è stato determinato attraverso la media tra i due valori.

Il progetto ministeriale denominato «Mattoni del SSN - Misure dell'appropriatezza» ha inoltre individuato un nuovo elenco di DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime di ricovero ordinario. Tali DRG, che facevano riferimento alla versione 19, sono stati preventivamente ricondotti alla versione 24 e le rispettive tariffe sono state abbattute del 20 per cento se DRG non chirurgici e del 10 per cento se chirurgici, al fine di scoraggiare la produzione di prestazioni potenzialmente inappropriate.

Per i DRG 6, 39, 409, 410 e 481 si è deciso di confermare le tariffe di cui alla D.G.R. n. 2019/2006.

Inoltre, al nuovo DRG 544 è stata attribuita la tariffa del corrispondente DRG 209 della versione 19.

b) Tariffa giornaliera per degenza oltre il valore soglia.

Per i ricoveri con degenza superiore alla soglia la tariffa oltre soglia (quota pro-die) è calcolata applicando il 60 per cento alla tariffa media del DRG.

Infine, per i quattro DRG nuovi, per i quali il decreto ministeriale non ha attribuito alcun valore soglia, (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, 559 Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici, 577 Inserzione di stent carotideo) viene individuato un valore soglia analogo a quello di DRG simili e attribuito un conseguente valore per l'oltre soglia.

Per i ricoveri con durata della degenza superiore al valore soglia, l'incremento totale oltre la soglia potrà essere al massimo pari alla tariffa del ricovero ordinario. La tariffazione totale del singolo caso non può quindi superare il doppio della tariffa ordinaria.

c) Tariffa per ricoveri di 1 giorno o diurni.

Ricoveri chirurgici.

Le tariffe dei ricoveri ordinari chirurgici di un giorno e dei day hospital chirurgici sono state costruite nella seguente maniera:

• per i DRG chirurgici che potrebbero essere effettuati in Day Surgery (individuati dalle procedure elencate nella D.G.R. n. 2088/1997 ed integrate dall'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2002) viene stabilita una tariffa pari all'85 per cento di quella della degenza ordinaria.

Per tale gruppo è stata preventivamente effettuata la riconduzione alla versione 24 e comprendono anche tre DRG medici (DRG 124, 125, 323);

• per i DRG riportati in elenco sono state applicate specifiche tariffe uguali a quelle dell'attività ambulatoriale, in quanto si tratta di DRG che risultano trasferiti in tale setting assistenziale:

DRG	descrizione	tariffa
6	decompressione del tunnel carpale	340,00
39	interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	900,00

• ai restanti DRG è stata applicata la stessa proporzione riscontrata nel tariffario di cui alla D.G.R. n. 2019/2006.

Ricoveri non chirurgici.

• Ai ricoveri ordinari di un giorno è stata confermata la tariffa di 131,00 euro;

• ai DRG riportati in elenco sono state applicate specifiche tariffe ad accesso:

DRG	descrizione	tariffa
409	radioterapia	180,00
410	chemioterapia	370,00

Nel Nomenclatore è stato riportato il DRG 351 «Sterilizzazione maschile», non ammesso dalla normativa a cui, per completezza, è stata attribuita tariffa pari a euro 0,00.

Per i DRG 469 e 470, trattandosi di DRG che individuano erronee codificazioni, viene stabilita una tariffa pari a euro 0,00.

TARIFFE RICOVERI PER LA RIABILITAZIONE E LA LUNGODEGENZA.

In attesa del riordino della rete riabilitativa, vengono confermate la struttura e le tariffe riportate nel tariffario approvato con D.G.R. 2019/2006:

La tariffa giornaliera è:

• articolata per MDC per le strutture di riabilitazione recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56);

• differenziata per tipologia di struttura per unità spinale (cod. 28), per neuroriabilitazione (cod. 75), e per lungodegenza (cod. 60).

CRITERI APPLICAZIONE TARIFFARIO.

Modulazione per fascia di complessità delle strutture erogatrici.

Per le prestazioni di riabilitazione erogate in regime di degenza si applica a tutte le strutture erogatrici il tariffario base regionale.

Per le prestazioni di ricovero per acuti erogate in regime di degenza si applicano incrementi, rispetto al tariffario base regionale, legati alla complessità strutturale/organizzativa degli erogatori secondo lo schema seguente:

☐ Fascia A - Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di secondo livello: tariffario base regionale incrementato del 20 per cento;

☐ Fascia B - Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria con DEA di primo livello: tariffario base regionale incrementato del 10 per cento;

☐ Fascia C - Altre strutture non rientranti nelle fasce precedenti: tariffario base regionale.

Modulazione per volume di attività.

Premesso che spetta alla Regione (art. 8-quinquies e

sexies del D.Lgs. 502/92) definire il volume di attività corrispondente alla corretta erogazione dei LEA e stabilire i criteri sia per la remunerazione delle strutture erogatrici, secondo un ammontare globale predefinito, che per la determinazione delle tariffe delle prestazioni, quando le strutture abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo viene prevista l'applicazione delle tariffe piene solo per l'attività erogata all'interno dei volumi finanziari programmati mentre, per le restanti prestazioni oltre limite, le tariffe vengono progressivamente abbattute (tariffa regressiva).

Si stabilisce quanto segue:

- alle strutture erogatrici, limitatamente all'attività remunerata a prestazione, vengono applicate le tariffe piene previste per la fascia di appartenenza fino al raggiungimento del volume finanziario programmato, oltre tale limite e fino ad un incremento massimo del 10 per cento verrà applicato un abbattimento pari all'85 per cento, superato tale limite non verrà corrisposto alcun corrispettivo;
- la tariffa regressiva di cui al punto precedente si applica, così come già previsto dalla D.G.R. n. 2019/2006, al volume finanziario programmato complessivo, comprensivo delle prestazioni erogate a pazienti residenti in altre regioni;
- è vietata, per la remunerazione ai soggetti erogatori pubblici e privati, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente;
- la Regione può autorizzare specifiche deroghe a quanto stabilito nel presente atto nell'ambito della stipu-

la degli accordi contrattuali fra Aziende U.S.L. e strutture erogatrici pubbliche e private per la regolazione della mobilità intraregionale o in attuazione di accordi sottoscritti direttamente dalla Regione Umbria con altre Regioni per la regolazione della mobilità interregionale.

Il nuovo sistema tariffario di che trattasi sarà sottoposto ad un attento monitoraggio per verificarne sia l'impatto che gli effetti sull'appropriatezza generica e specifica delle prestazioni rese, con puntuali controlli per i DRG a più alto rischio di inappropriatazza.

Si ritiene dunque opportuno:

✓ adottare, in via definitiva, il tariffario base delle prestazioni di degenza ospedaliera, costruito sulla base del percorso metodologico sopra descritto, e le relative modalità di applicazione di cui all'allegato 1;

✓ prevedere che il nuovo tariffario entri in vigore il 1° gennaio 2009 e che sia applicato ai ricoveri ospedalieri con dimissione a partire da tale data;

✓ pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione e nel sito web della Direzione regionale Sanità e servizi sociali ai fini della diffusione del provvedimento.

Si propone l'adozione di un atto deliberativo da parte della Giunta regionale che disponga quanto sopra indicato.

Perugia, li 3 marzo 2009

L'istruttore
F.TO MILENA TOMASSINI

www.eumed.it

Allegato n. 1

**REVISIONE DEL TARIFFARIO BASE REGIONALE
PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA
IN REGIME DI RICOVERO**

www.eumedit.it

www.eumed.it

**CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI PER TIPOLOGIA AI FINI
DELL'APPLICAZIONE DEL TARIFFARIO BASE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

FASCIA A	FASCIA B	FASCIA C
100901 Az. Osp PG-Silvestrini 100902 Az. Osp. Terni	10080101 Città di Castello 100810 Branca 10080901 Foligno 10080501 Spoleto 100806 Orvieto	10080102 Umbertide 10080301 Castiglione del Lago 10080302 Città della Pieve 10080304 Assisi 10080305 Marsciano 10080306 Todi 10080502 Norcia 10080503 Cascia 10080701 Narni 10080702 Amelia <u>Servizi psichiatrici</u> 100601 Serv. Psichiatrico di diagnosi e cura di Perugia 100602 Serv. Psichiatrico di diagnosi e cura di Terni <u>Case di cura private</u> 100701 Villa Fiorita 100702 Porta Sole 100703 SAGISC 100704 Liotti 100705 Villa Aurora

Strutture di riabilitazione e lungodegenza individuate dai codici ministeriali:

28	Unità Spinale
56	Recupero e riabilitazione funzionale
60	Lungodegenza
75	Neuroriabilitazione

Note per la fatturazione

Al fine della corretta applicazione del nuovo tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero si precisa quanto segue:

- ai ricoveri in degenza ordinaria con durata della degenza inferiore o uguale ad uno e con modalità di dimissione diversa da '1' si applica la tariffa ricoveri di un giorno o diurni
- ai ricoveri degenza ordinaria con durata della degenza inferiore o uguale ad uno, non chirurgici ad eccezione dei DRG 124, 125 e 323, e modalità di dimissione=1 (deceduto) si applica la tariffa 'ricoveri di un giorno o diurni' moltiplicata per due;
- ai ricoveri in degenza ordinaria con degenza superiore ad un giorno ed inferiore o uguale al valore soglia si applica la tariffa 'ordinaria';
- ai ricoveri in degenza ordinaria con degenza superiore alla soglia si applica la tariffa 'ordinaria' aumentata della 'quota pro die' moltiplicata il numero di giornate eccedenti la soglia sino ad arrivare al massimo a due volte la tariffa ordinaria;
- ai ricoveri in day hospital non chirurgici ad eccezione dei DRG 124, 125 e 323 si applica la tariffa 'ricoveri di un giorno o diurni' moltiplicata per il numero di accessi totali;
- ai ricoveri in day hospital chirurgici e ai DRG 124, 125 e 323 si applica la tariffa 'ricoveri di un giorno o diurni' così come è riportata;
- ai ricoveri in degenza ordinaria in unità operative codice 56 (Recupero e riabilitazione motoria) si applica la tariffa giornaliera 'ordinaria' moltiplicata per le giornate di degenza;
- ai ricoveri in day hospital in unità operativa codice 56 (Recupero e riabilitazione motoria) si applica la tariffa giornaliera 'diurno' moltiplicata per il numero di accessi.

In entrambi i casi (degenza ordinaria o day hospital in unità operativa codice 56) si applica una riduzione della tariffa pari al 40 per cento per le giornate eccedenti il valore soglia di 60 giorni.

- ai ricoveri ordinari in unità operative codice 75 (Neuro riabilitazione) e 28 (Unità spinale) si applica la corrispondente tariffa ordinaria per il numero di giornate di degenza senza alcuna decurtazione;
- ai ricoveri in day hospital in unità operativa codice 75 (Neuro riabilitazione) e 28 (Unità spinale) si applica la corrispondente tariffa diurna per il numero di accessi senza decurtazione;
- ai ricoveri in unità operativa codice 60 (Lungodegenza) è prevista una riduzione della tariffa pari al 40 per cento per le giornate eccedenti il valore soglia di 60 giorni.

**TARIFE PER LE PRESTAZIONI EROGATE A PAZIENTI DIMESSI DA UNITA' OPERATIVE DI
RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA**

Codice 56 Recupero e Riabilitazione funzionale:		ricoveri	
		ordinari	diurni
MDC 1	malattie e disturbi del sistema nervoso	293,00	234,00
MDC 4	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	258,00	207,00
MDC 5	malattie e disturbi dell'apparato cardio-circolatorio	281,00	225,00
MDC 8	malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	265,00	212,00
Restanti MDC		225,00	180,00

Codice	Specialità	ricoveri	
		ordinari	diurni
28	Unità spinale	434,00	347,00
60	Lungodegenza	154,00	
75	Neuroriabilitazione	405,00	324,00

www.eumed.it

TARIFFARIO PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2009

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	2799	17366	53	200	4,1797
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	2270	13186	34	239	3,1738
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	774	9636	40	148	2,3193
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	340	400	4	80	0,7369
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	2706	9733	39	153	2,3427
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	5025	5911	10	394	1,581
9	1	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	131	4148	24	108	1,2757
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	131	5727	33	107	1,3786
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	131	3385	32	65	1,0328
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	131	3782	23	103	0,9103
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	131	2632	17	98	0,792
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	131	5237	30	108	1,2605
15	1	M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	131	3737	23	101	0,8996
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	131	5282	24	137	1,2715
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	131	3519	17	131	0,847
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	131	4533	24	118	1,0912
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	131	2382	20	75	0,7168
21	1	M	Meningite virale	131	3305	22	94	0,7956
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	131	3183	14	146	0,9386
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	131	3333	27	76	0,8024
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	131	2016	10	134	0,4853
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	131	5193	28	115	1,5179
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	131	5450	27	125	1,3119
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	131	3697	18	130	0,8898
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	131	1738	4	347	0,4185
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	131	4621	17	173	1,1123
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	131	2913	10	194	0,7013
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	131	1673	4	334	0,4028
34	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	131	4721	31	94	1,1363
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	131	2828	21	84	0,6807
36	2	C	Interventi sulla retina	2653	3121	10	208	0,8348
37	2	C	Interventi sull'orbita	5191	6107	17	229	1,47
38	2	C	Interventi primari sull'iride	2703	3180	10	212	0,8505
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	900	1059	4	211	0,4834
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	2797	3290	7	329	0,88
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1859	2187	4	437	0,5851
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	2683	3157	10	210	0,8444
43	2	M	Ifema	131	1801	10	120	0,4337
44	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	131	2618	20	82	0,6302
45	2	M	Malattie neurologiche dell'occhio	131	3147	17	118	0,7576
46	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	131	3461	24	90	0,833
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	131	1949	14	89	0,5865
48	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	131	1678	10	111	0,404
49	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	1606	8358	35	147	2,0117
50	3	C	Sialoadenectomia	1960	5086	11	305	1,2242
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	3243	3816	10	254	1,0206
52	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	774	3478	14	160	1,0245
53	3	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	3314	3899	7	389	0,9386
54	3	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2541	2990	10	199	1,027
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2605	3065	4	613	0,8197
56	3	C	Rinoplastica	3303	3886	7	388	0,9353
57	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	2106	2477	7	247	0,5964
58	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1354	1592	4	318	0,5326
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1872	2203	7	220	0,5892
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1270	1495	4	299	0,3998
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	3659	4305	7	430	1,1513
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1748	2057	4	411	0,5501
63	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	5151	6060	13	303	1,4586
64	3	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	131	4732	28	105	1,1391
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio	131	1936	13	96	0,5826
66	3	M	Epistassi	131	2307	13	115	0,5554
67	3	M	Epiglottite	131	2275	10	151	0,5477
68	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	131	2602	16	104	0,6264
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	131	1812	10	120	0,4363
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	131	1049	7	104	0,3156
71	3	M	Laringotracheite	131	1685	10	112	0,2391
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso	131	2108	10	140	0,6547
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	131	2027	13	101	0,6101
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	131	1156	7	115	0,3479
75	4	C	Interventi maggiori sul torace	1510	9954	28	221	2,3959
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	1339	10351	44	144	2,4914
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	5293	6228	31	124	1,499
78	4	M	Embolia polmonare	131	5571	31	111	1,3409
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	131	7317	40	112	1,7611
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	131	5260	44	73	1,266
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	131	7095	27	163	2,1163
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	131	5522	34	100	1,3291
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC	131	3496	20	110	0,8415
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	131	2442	10	162	0,5879
85	4	M	Versamento pleurico con CC	131	5693	30	117	1,3703
86	4	M	Versamento pleurico senza CC	131	4306	30	89	1,0366
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	131	5086	27	117	1,2243

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali valore		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
88	4 M		Malattia polmonare cronica ostruttiva	131	2728	21	81	0,8209
89	4 M		Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	131	4734	28	105	1,1394
90	4 M		Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	131	3148	24	82	0,7579
91	4 M		Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	131	1967	14	90	0,4735
92	4 M		Malattia polmonare interstiziale con CC	131	5335	27	123	1,2842
93	4 M		Malattia polmonare interstiziale senza CC	131	3754	23	102	0,9037
94	4 M		Pneumotorace con CC	131	5028	27	116	1,2102
95	4 M		Pneumotorace senza CC	131	2868	17	107	0,6904
96	4 M		Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	131	3337	18	117	0,8032
97	4 M		Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	131	2311	17	86	0,5563
98	4 M		Bronchite e asma, età < 18 anni	131	1585	10	105	0,3815
99	4 M		Segni e sintomi respiratori con CC	131	3687	27	85	0,8876
100	4 M		Segni e sintomi respiratori senza CC	131	2008	14	92	0,4834
101	4 M		Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	131	3865	24	100	0,9304
102	4 M		Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	131	2500	13	125	0,6018
103	C		Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	25504	60546	91	403	14,5724
			Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardioracici con cateterismo cardiaco	3083	25186	35	444	6,062
104	5 C		Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardioracici senza cateterismo cardiaco	2457	18934	28	420	4,5571
105	5 C		Bypass coronarico con PTCA	1641	22741	39	359	5,4735
106	5 C		Altri interventi cardioracici	14538	17103	37	285	4,1165
107	5 C		Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	1998	14092	33	264	3,3918
108	5 C		Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	1703	10695	24	279	2,5741
109	5 C		Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	1091	13041	57	139	3,1389
110	5 C		Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6529	7681	45	104	1,8488
111	5 C		Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3759	4422	17	165	1,0645
112	5 C		Sostituzione di pacemaker cardiaco	3719	4375	7	437	1,0531
113	5 C		Legatura e stripping di vene	2335	2748	4	549	0,7349
114	5 C		Altri interventi sull'apparato circolatorio	7268	8550	37	142	2,058
115	5 M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	131	6571	21	197	1,5817
116	5 M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	131	5050	17	189	1,2156
117	5 M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	131	4378	23	119	1,3033
118	5 M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	4220	4965	21	148	1,195
119	5 M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2472	2909	7	290	0,7002
120	5 M		Endocardite acuta e subacuta	131	15742	74	129	3,789
121	5 M		Insufficienza cardiaca e shock	131	4267	21	128	1,027
122	5 M		Tromboflebite delle vene profonde	131	3123	21	93	0,7517
123	5 M		Arresto cardiaco senza causa apparente	131	5452	32	105	1,3123
124	5 M		Malattie vascolari periferiche con CC	131	4203	23	114	1,0117
125	5 M		Malattie vascolari periferiche senza CC	131	1991	21	59	0,5992
126	5 M		Aterosclerosi con CC	131	3359	20	106	0,8085
127	5 M		Aterosclerosi senza CC	131	2088	17	78	0,6284
128	5 M		Ipertensione	131	2227	17	83	0,67
129	5 M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	131	4025	24	105	0,9688
130	5 M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	131	2803	17	105	0,6747
131	5 M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	131	2553	10	170	0,8483
132	5 M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	131	3335	17	125	0,8027
133	5 M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	131	1736	10	115	0,5223
134	5 M		Angina pectoris	131	2574	14	118	0,6197
135	5 M		Sincope e collasso con CC	131	3196	20	100	0,7693
136	5 M		Sincope e collasso senza CC	131	1983	13	99	0,5968
137	5 M		Dolore toracico	131	1682	10	112	0,4879
138	5 M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	131	4893	23	133	1,1778
139	5 M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	131	2853	21	85	0,6869
140	6 C		Resezione rettale con CC	2159	12282	45	167	2,9562
141	6 C		Resezione rettale senza CC	1858	8959	37	149	2,1563
142	6 C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	1703	7917	28	175	1,9056
143	6 C		Lisi di aderenze peritoneali con CC	2051	9818	30	203	2,3631
144	6 C		Lisi di aderenze peritoneali senza CC	5382	6332	17	237	1,5241
145	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	983	8139	33	152	1,9591
146	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4930	5800	20	183	1,396
147	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	7577	8914	34	162	2,1456
148	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	3466	4078	24	106	1,2425
149	6 C		Interventi su ano e stoma con CC	938	4636	21	139	1,1158
150	6 C		Interventi su ano e stoma senza CC	1936	2278	10	151	0,6092
151	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	1297	6021	27	138	1,4492
152	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	3481	4095	13	204	1,0953
153	6 C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3528	4151	13	207	0,9992
154	6 C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2367	2784	7	278	0,7447
155	6 C		Interventi per ernia, età < 18 anni	2028	2386	4	477	0,6383
156	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	1165	6231	21	186	1,4997
157	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	1124	4645	14	214	1,118
158	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	1161	4835	14	223	1,1638
159	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	1059	3365	8	288	0,8101
160	3 C		Interventi sulla bocca con CC	487	3933	10	262	1,0519
161	3 C		Interventi sulla bocca senza CC	2864	3370	7	337	0,9013
162	6 C		Altri interventi sull'apparato digerente con CC	1575	11137	47	145	2,6806
163	6 C		Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	5915	6959	31	139	1,6749
164	6 M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	131	6207	37	103	1,4941
165	6 M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	131	3713	28	82	0,8938
166	6 M		Emorragia gastrointestinale con CC	131	4403	21	132	1,0599
167	6 M		Emorragia gastrointestinale senza CC	131	2726	17	102	0,6561

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali valore		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
176	6 M		Ulcera peptica complicata	131	3483	20	110	1,0127
177	6 M		Ulcera peptica non complicata con CC	131	4058	21	121	0,9769
178	6 M		Ulcera peptica non complicata senza CC	131	2985	17	111	0,7185
179	6 M		Malattie infiammatorie dell'intestino	131	4398	27	101	1,0586
180	6 M		Occlusione gastrointestinale con CC	131	3684	23	100	0,8868
181	6 M		Occlusione gastrointestinale senza CC	131	2332	14	107	0,5614
182	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	131	3190	20	100	0,768
183	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	131	1850	13	92	0,5567
184	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	131	1001	7	100	0,3014
185	3 M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	131	2750	18	97	0,6621
186	3 M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	131	1911	10	127	0,46
187	3 M		Estrazioni e riparazioni dentali	131	1761	7	176	0,53
188	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	131	4169	24	108	1,0034
189	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	131	1736	14	80	0,5223
190	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	131	1571	7	157	0,3783
191	7 C		Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	2377	14790	57	158	3,5599
192	7 C		Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	9169	10788	37	179	2,5965
193	7 C		Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	2409	14992	60	152	3,6085
194	7 C		Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	10549	12411	51	148	2,9871
195	7 C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	1241	10294	40	158	2,4776
196	7 C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6306	7418	24	193	2,1918
197	7 C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	1761	10284	40	158	2,4752
198	7 C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5489	6458	24	168	1,5545
199	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	8000	9412	45	128	2,2655
200	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	9643	11344	50	138	2,7305
201	7 C		Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	10150	11941	51	143	2,8742
202	7 M		Cirrosi e epatite alcolica	131	5343	27	123	1,2861
203	7 M		Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	131	5328	35	94	1,2825
204	7 M		Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	131	4370	24	114	1,0518
205	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	131	4814	27	111	1,1588
206	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	131	2737	21	82	0,8236
207	7 M		Malattie delle vie biliari con CC	131	4827	24	125	1,1619
208	7 M		Malattie delle vie biliari senza CC	131	2220	17	83	0,6681
210	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	1422	8701	32	168	2,0942
211	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	6065	7135	30	147	1,7174
212	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	3928	4621	28	102	1,5007
213	8 C		Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7821	9202	63	89	2,2148
216	8 C		Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4628	5445	24	142	1,3106
217	8 C		Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7253	8533	45	116	2,5977
218	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	1893	8389	31	167	2,0193
219	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4748	5586	20	176	1,3445
220	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3838	4515	17	169	1,0869
223	8 C		Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	1324	4160	4	832	1,0013
224	8 C		Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	3663	4310	13	215	1,0374
225	8 C		Interventi sul piede	3116	3666	7	366	0,8825
226	8 C		Interventi sui tessuti molli con CC	800	6393	24	166	1,5387
227	8 C		Interventi sui tessuti molli senza CC	2811	3307	10	220	0,8845
228	8 C		Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	3099	3646	10	243	0,9751
229	8 C		Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	2342	2756	7	275	0,7371
230	8 C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3293	3874	13	193	0,9325
232	8 C		Artroscopia	2414	2840	7	284	0,7595
233	8 C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	817	8421	34	153	2,0269
234	8 C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4421	5201	13	260	1,2519
235	8 M		Fratture del femore	131	2433	23	66	0,5857
236	8 M		Fratture dell'anca e della pelvi	131	2298	21	68	0,6652
237	8 M		Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	131	2714	17	101	0,6533
238	8 M		Osteomielite	131	7112	44	99	1,7119
239	8 M		Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	131	4601	30	95	1,1075
240	8 M		Malattie del tessuto connettivo con CC	131	5381	30	111	1,2952
241	8 M		Malattie del tessuto connettivo senza CC	131	2691	20	84	0,8096
242	8 M		Artrite settica	131	5245	40	80	1,2626
243	8 M		Affezioni mediche del dorso	131	2272	21	68	0,6836
244	8 M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	131	3488	23	95	0,8397

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali valore		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
245	8 M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	131	1862	28	41	0,5604
246	8 M		Artropatie non specifiche	131	2575	20	81	0,6199
247	8 M		Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	131	2257	17	84	0,5434
248	8 M		Tendinite, miosite e borsite	131	2537	23	69	0,7633
249	8 M		Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	131	2057	18	72	0,6191
250	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	131	2287	16	91	0,6694
251	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	131	1383	7	138	0,4163
252	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	131	991	4	198	0,2983
253	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	131	2462	24	64	0,7514
254	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	131	1404	10	93	0,4225
255	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	131	1564	7	156	0,3765
256	8 M		Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	131	2068	14	95	0,6224
257	9 C		Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	1336	5338	14	246	1,2849
258	9 C		Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	4130	4859	14	224	1,1696
259	9 C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	1317	4199	13	209	1,0107
260	9 C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	3141	3695	10	246	0,8895
261	9 C		Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3942	4638	10	309	1,1164
262	9 C		Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1903	2239	7	223	0,5989
263	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	637	9690	37	161	2,3324
264	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4263	5015	37	83	1,4659
265	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	846	5341	17	200	1,2855
266	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	3072	3614	10	240	0,9665
267	9 C		Interventi perianali e pilonidali	1876	2207	7	220	0,5312
268	9 C		Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	4046	4760	10	317	1,2731
269	9 C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5699	6704	31	134	1,6137
270	9 C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	2437	2867	7	286	0,7668
271	9 M		Ulcere della pelle	131	5382	30	111	1,2955
272	9 M		Malattie maggiori della pelle con CC	131	3912	27	90	0,9416
273	9 M		Malattie maggiori della pelle senza CC	131	2434	20	76	0,586
274	9 M		Neoplasie maligne della mammella con CC	131	5533	34	100	1,3319
275	9 M		Neoplasie maligne della mammella senza CC	131	2574	17	96	0,6197
276	9 M		Patologie non maligne della mammella	131	1451	10	96	0,4367
277	9 M		Cellulite, età > 17 anni con CC	131	4354	30	90	1,048
278	9 M		Cellulite, età > 17 anni senza CC	131	2556	21	76	0,6153
279	9 M		Cellulite, età < 18 anni	131	1888	10	125	0,4545
280	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	131	3103	17	116	0,747
281	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	131	2015	7	201	0,6065
282	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	131	1121	4	224	0,3375
283	9 M		Malattie minori della pelle con CC	131	2624	20	82	0,7897
284	9 M		Malattie minori della pelle senza CC	131	1408	13	70	0,4238
285	10 C		Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	9025	10618	59	109	2,5557
286	10 C		Interventi sul surrene e sulla ipofisi	1257	8268	27	190	1,9901
287	10 C		Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6949	8175	34	148	1,9678
288	10 C		Interventi per obesità	5435	6394	17	239	1,8597
289	10 C		Interventi sulle paratiroidi	3083	3628	11	217	0,8732
290	10 C		Interventi sulla tiroide	3523	4145	11	248	0,9978
291	10 C		Interventi sul dotto tireoglossa	2346	2760	7	276	0,8181
292	10 C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7976	9384	27	216	2,2587
293	10 C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5216	6137	14	283	1,4771
294	10 M		Diabete, età > 35 anni	131	3272	20	103	0,9845
295	10 M		Diabete, età < 36 anni	131	1999	17	74	0,6015
296	10 M		Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	131	3570	23	97	0,8593
297	10 M		Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	131	2328	21	69	0,5604
298	10 M		Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	131	1101	7	110	0,2651
299	10 M		Difetti congeniti del metabolismo	131	2319	17	86	0,6978
300	10 M		Malattie endocrine con CC	131	4139	20	130	0,9964
301	10 M		Malattie endocrine senza CC	131	1677	17	62	0,5048
302	11 C		Trapianto renale	689	32145	42	470	10,2927
303	11 C		Interventi su rene e uretere per neoplasia	6931	8155	25	203	1,9628
304	11 C		Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	1230	7489	34	136	1,8025
305	11 C		Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	5378	6327	20	199	1,523
306	11 C		Prostatectomia con CC	582	5077	18	179	1,2221
307	11 C		Prostatectomia senza CC	484	4219	14	194	1,0155
308	11 C		Interventi minori sulla vescica con CC	1642	6449	24	168	1,5522
309	11 C		Interventi minori sulla vescica senza CC	3691	4343	13	217	1,0453
310	11 C		Interventi per via transuretrale con CC	842	4178	17	156	1,0057

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali valore		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
311	11 C		Interventi per via transuretrale senza CC	2543	2992	10	199	0,7203
312	11 C		Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	606	4727	17	177	1,1378
313	11 C		Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2963	3486	10	232	1,0315
314	11 C		Interventi sull'uretra, età < 18 anni	2887	3397	17	127	1,2121
315	11 C		Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	7112	8367	41	125	2,014
316	11 M		Insufficienza renale	131	4778	27	110	1,15
317	11 M		Ricovero per dialisi renale	131	2177	1	-0	0,6552
318	11 M		Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	131	5340	34	97	1,2854
319	11 M		Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	131	2871	17	107	0,6911
320	11 M		Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	131	3515	23	95	0,8461
321	11 M		Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	131	2516	17	94	0,6056
322	11 M		Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	131	1774	11	106	0,4271
323	11 M		Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1559	1834	10	122	0,552
324	11 M		Calcolosi urinaria senza CC	131	1332	10	88	0,401
325	11 M		Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	131	2573	17	96	0,6193
326	11 M		Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	131	1423	10	94	0,4283
327	11 M		Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	131	1129	7	112	0,3399
328	11 M		Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	131	2753	17	103	0,6627
329	11 M		Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	131	1600	10	106	0,4816
330	11 M		Stenosi uretrale, età < 18 anni	131	1102	7	110	0,2654
331	11 M		Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	131	4348	27	100	1,0467
332	11 M		Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	131	2030	17	76	0,6109
333	11 M		Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	131	2022	13	101	0,6084
334	12 C		Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	1673	9240	20	291	2,224
335	12 C		Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	1194	6596	16	263	1,9084
336	12 C		Prostatectomia transuretrale con CC	887	4267	15	182	1,0272
337	12 C		Prostatectomia transuretrale senza CC	1408	3609	11	216	0,8688
338	12 C		Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	3229	3799	10	253	0,9144
339	12 C		Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	2149	2528	7	252	0,6762
340	12 C		Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1902	2238	4	447	0,5986
341	12 C		Interventi sul pene	4312	5073	13	253	1,2212
342	12 C		Circoncisione, età > 17 anni	1777	2091	4	418	0,5593
343	12 C		Circoncisione, età < 18 anni	935	1100	4	220	0,2944
344	12 C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	3327	3915	17	146	0,9423
345	12 C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	2997	3526	17	132	0,9431
346	12 M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	131	4922	35	86	1,1847
347	12 M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	131	2531	10	168	0,6094
348	12 M		Iperplasia prostatica benigna con CC	131	2575	21	77	0,6199
349	12 M		Iperplasia prostatica benigna senza CC	131	1411	10	94	0,4248
350	12 M		Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	131	2371	13	118	0,5708
351	12 M		Sterilizzazione maschile	0	0	0	0	0,1967
352	12 M		Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	131	1541	7	154	0,4639
353	13 C		Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	1707	7365	22	210	1,7727
354	13 C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	1078	6936	37	115	2,0273
355	13 C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	4480	5271	15	225	1,2687
356	13 C		Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	3250	3824	11	229	0,9205
357	13 C		Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	6179	7270	27	167	1,7498
358	13 C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	1691	5562	15	238	1,3387
359	13 C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3455	4065	11	243	0,9784
360	13 C		Interventi su vagina, cervice e vulva	2725	3206	10	213	0,8575
361	13 C		Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2532	2979	7	297	0,717
362	13 C		Occlusione endoscopica delle tube	1779	2093	4	418	0,5599
363	13 C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2076	2442	10	162	0,7937
364	13 C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1714	2017	4	403	0,5394
365	13 C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	4324	5087	23	138	1,2244
366	13 M		Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	131	5730	37	95	1,3793
367	13 M		Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	131	2678	21	80	0,6446
368	13 M		Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	131	2205	10	147	0,5307
369	13 M		Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	131	1398	7	139	0,4207
370	14 C		Parto cesareo con CC	277	4002	14	184	0,9634
371	14 C		Parto cesareo senza CC	269	3047	6	365	0,7334
372	14 M		Parto vaginale con diagnosi complicanti	131	2347	8	201	0,5649
373	14 M		Parto vaginale senza diagnosi complicanti	131	1843	5	276	0,4438
374	14 C		Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	268	2885	8	247	0,6946
375	14 C		Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	365	2923	8	250	0,914
376	14 M		Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	131	1903	10	126	0,4582
377	14 C		Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	504	2943	7	294	0,7871
378	14 M		Gravidanza ectopica	131	2395	10	159	0,5765
379	14 M		Minaccia di aborto	131	1838	10	122	0,4424
380	14 M		Aborto senza dilatazione e raschiamento	131	1615	7	161	0,3887
381	14 C		Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1451	1708	4	341	0,4568
382	14 M		Falso travaglio	131	843	4	168	0,2031
383	14 M		Altre diagnosi parto con complicazioni mediche	131	1669	10	111	0,4019
384	14 M		Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	131	1317	14	60	0,3963
385	15 M		Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	131	5021	4	1004	0,6891
386	15 M		Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	131	27294	135	122	8,6877
387	15 M		Prematurità con affezioni maggiori	131	11551	51	138	3,5316
388	15 M		Prematurità senza affezioni maggiori	131	3459	20	109	0,8326
389	15 M		Neonati a termine con affezioni maggiori	131	2925	11	175	0,7041
390	15 M		Neonati con altre affezioni significative	131	866	5	129	0,2085

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali valore		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
391	15	M	Neonato normale	131	663	5	99	0,1597
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni	686	8271	22	236	1,9908
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni	463	4663	13	233	1,1225
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	3946	4643	17	174	1,1176
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	131	2842	23	77	0,8551
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	131	1919	13	95	0,5774
397	16	M	Disturbi della coagulazione	131	3883	20	122	0,9347
398	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	131	5061	27	116	1,2181
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	131	2320	17	87	0,6982
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	598	12513	55	139	3,0118
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	281	5865	24	153	1,4116
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	131	7734	40	118	1,8615
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	131	3659	24	95	1,101
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	131	12239	86	86	2,9459
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	1258	12121	43	173	2,9175
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	818	7875	27	181	1,8955
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	1430	6197	13	309	1,4916
409	17	M	Radioterapia	180	4345	31	86	0,881
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	370	3040	7	304	0,7539
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	131	1602	13	80	0,4821
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	131	1644	10	109	0,4947
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	131	6185	41	92	1,4888
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	131	4016	32	77	0,9667
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni	131	3972	17	148	0,9562
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	131	4412	23	120	1,0619
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	131	3512	20	110	0,8454
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	131	2647	21	79	0,6371
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni	131	2760	14	127	0,6643
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	131	1509	10	100	0,3634
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	131	5324	24	138	1,2815
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	313	6964	39	109	1,6763
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	131	2252	21	67	0,5422
426	19	M	Nevrosi depressive	131	1296	31	25	0,3901
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	131	1308	27	30	0,3936
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	131	2903	41	43	0,6988
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	131	2636	27	60	0,7933
430	19	M	Psicosi	131	3185	44	44	0,7667
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	131	2021	21	60	0,4865
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	131	2245	21	67	0,5405
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	131	538	4	107	0,1296
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	4970	5847	17	219	1,4073
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4553	5356	28	119	1,2892
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	3585	4218	10	281	1,0152
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	1306	11065	51	132	2,6633
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	4395	5171	13	258	1,2447
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC	131	3463	21	103	0,8337
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	131	2090	10	139	0,6198
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni	131	1489	4	297	0,3584
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni	131	1896	10	126	0,4565
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni	131	659	7	65	0,2343
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	131	3068	21	92	0,7385
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	131	1706	10	113	0,4108
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	131	1220	4	244	0,2938
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC	131	4405	27	101	1,0603
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC	131	2034	18	71	0,4896
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	131	3179	18	112	0,7652
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	131	2060	10	137	0,5953
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	1406	6330	21	189	1,5237
462	23	M	Riabilitazione	131	3145	37	52	0,757
463	23	M	Segni e sintomi con CC	131	3325	31	66	0,8003
464	23	M	Segni e sintomi senza CC	131	2094	23	57	0,5041
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	131	1607	7	160	0,4836
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	131	2203	10	146	0,663
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	131	858	10	57	0,2583
468		C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	649	11907	39	188	2,866
469		N	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	0	0	0	0	0
470		N	Non attribuibile ad altro DRG	0	0	0	0	0
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	937	10267	30	212	2,4713
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	131	17489	81	131	4,2094
476		C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	4767	7308	20	230	1,7589
477		C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	448	7314	32	141	1,7604
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	5681	6683	21	200	1,6087
480		C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	44944	59925	61	599	19,4442
481		C	Trapianto di midollo osseo	6133	67051	46	894	15,511
482		C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	2104	15673	61	156	3,7722

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
484	24	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	2272	21184	73	176	5,0987
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	15863	18662	42	273	4,4918
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	16277	19150	50	234	4,6091
487	24	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	131	7208	37	120	1,7349
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	579	17313	112	93	4,1669
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	131	10033	58	105	2,4149
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	131	3979	31	79	1,1973
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	1155	8238	24	214	1,9828
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	831	6209	51	74	1,4944
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	1249	6350	30	131	1,5284
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	1013	3693	10	246	0,889
495		C	Trapianto di polmone	17262	28411	78	221	6,8381
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	2126	21526	45	293	5,181
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	1733	15975	35	281	3,8451
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	1196	11031	24	287	3,2405
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	1237	6909	27	159	1,6629
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	936	5230	14	241	1,2588
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	5592	8918	92	58	2,1466
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	591	4817	51	57	1,1594
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2930	3448	7	344	0,9221
504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	25786	41121	108	230	9,8972
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	131	7110	71	60	2,1388
506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	732	12776	87	89	3,075
507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	713	9117	65	85	2,7978
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	131	4777	67	43	1,1499
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	131	3639	32	70	1,1301
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	131	5644	53	65	1,3586
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	131	3661	24	95	1,0977
512		C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	32276	40305	68	385	15,7658
513		C	Trapianto di pancreas	32167	40103	53	462	14,3045
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	255	16991	31	339	4,0896
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	4302	5062	7	506	1,2184
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	1507	10683	46	142	3,1524
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	1145	7050	17	264	2,1785
521	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	131	2870	27	66	0,8716
522	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	131	2928	45	39	0,8745
523	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	131	1719	24	44	0,5366
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria	131	3195	17	119	0,7691
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	24759	41265	47	538	9,9319
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	14274	23790	48	303	5,726
529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	9367	15613	75	126	3,7578
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	4981	8301	33	155	1,9981
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC	9822	16370	47	213	3,9401
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	5488	9146	24	238	2,2015
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC	3236	5394	20	170	1,2984
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC	4245	4994	11	299	1,2021
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	15769	26282	41	394	6,3256
536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	13231	22052	33	413	5,3076
537	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5782	6802	28	151	1,6372
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2993	3521	7	352	0,9418
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	8695	14492	50	177	3,488
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	5460	6424	24	167	1,5462
541		C	Ossigenazione extracorporea a membrana o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	30984	51640	117	267	12,4289
542		C	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	21279	35466	104	206	8,536
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	9815	16359	51	196	3,9375
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1117	9492	22	271	2,0282
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	6774	11290	34	205	2,7175
546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	12486	20811	31	416	5,0088
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	12681	21136	39	333	5,0871
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	10841	18069	29	387	4,3489
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	9423	15705	28	349	3,78
550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	8029	13382	20	422	3,2208

drg_24	mdc	Tipo24	Descrizione	Ricoveri		Ricoveri anomali		peso_24
				TARIFFA DH O 1 GIORNO	TARIFFA ORDINARI	soglia in giorni	quota pro die	
551	5 C		Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	5744	9574	31	191	2,3044
552	5 C		Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5612	6603	14	304	1,5893
553	5 C		Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	6603	11006	49	137	2,649
554	5 C		Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5150	8584	31	171	2,0662
555	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6674	7851	17	294	1,8898
556	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4852	5709	10	380	1,3741
557	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	7922	9320	17	349	2,2432
558	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5970	7024	10	468	1,6907
559	1 M		Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	131	7601	23	207	1,8296
560	1 M		Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	131	10411	43	148	2,5058
561	1 M		Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	131	7340	37	122	1,7668
562	1 M		Convulsioni, età > 17 anni con CC	131	3957	20	124	0,9525
563	1 M		Convulsioni, età > 17 anni senza CC	131	3035	17	113	0,7306
564	1 M		Cefalea, età > 17 anni	131	2055	23	56	0,6183
565	4 M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	131	16774	50	205	4,0374
566	4 M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	131	8775	46	117	2,1121
567	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	9682	16138	47	210	3,8841
568	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	8843	14739	48	188	3,5474
569	6 C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	8446	14076	50	172	3,388
570	6 C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	6831	11386	45	155	2,7405
571	6 M		Malattie maggiori dell'esofago	131	4520	24	117	1,088
572	6 M		Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	131	3924	20	123	0,9445
573	11 C		Interventi maggiori sulla vescica	8732	14554	43	207	3,5031
574	16 M		Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	131	4697	27	108	1,1305
575	18 M		Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	131	19852	65	186	4,7781
576	18 M		Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	131	6827	37	113	1,6432
577	1 C		Inserzione di stent carotideo	5123	6027	10	401	1,4507
578	18 C		Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	10969	18282	82	135	4,4003
579	18 C		Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	5959	9933	44	138	2,3907

www.eumed.it

LUCA CONTI - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2007 - Stampa S.T.E.S. s.r.l. - 85100 - Potenza
