



DELIBERAZIONE N°

1035

SEDUTA DEL 29 MAG. 2009

Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,
Servizi alla Persona e alla Comunità

DIPARTIMENTO

OGGETTO Nuova classificazione ICD-9-CM, versione 2007, e DRG, versione 24 - adozione delle tariffe per le prestazioni di ricovero - controllo dell'appropriatezza della attività di ricovero - prestazioni di emergenza per non residenti in Regione Basilicata

Relatore

ASSESSORE DIP.TO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno

alle ore

13,00

nella sede dell'Ente,

29 MAG. 2009

		Presente	Assente
1. Vito DE FILIPPO	Presidente	X	
2. Vincenzo SANTOCHIRICO	Vice Presidente	X	
3. Antonio AUTILIO	Componente	X	
4. Innocenzo LOGUERCIO	Componente	X	
5. Antonio POTENZA	Componente	X	
6. Gennaro STRAZIUSO	Componente	X	
7. Vincenzo VITI		X	

Segretario:

Avv. Maria Carmela Santoro

ha deciso in merito all'argomento in oggetto,
secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° _____ pagine compreso il frontespizio
e di N° _____ allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ UPB _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ UPB _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione integrale per estratto

VISTE

la L.R. n. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale

la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale

la D.G.R. n.1148/05 e la D.G.R. n. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali

la D.G.R. n. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate

la L.R. n.31 del 24/12/2008 – Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata – Legge finanziaria 2009

la L.R. n. 32 del 24/12/2008 con la quale è stato approvato il bilancio di previsione dell'esercizio finanziario 2009 e bilancio pluriennale 2009-2011;

la delibera n° 2/09 con la quale è stata approvata la ripartizione finanziaria in capitoli delle U.P.B. del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2009 e del bilancio pluriennale per il triennio 2009-2011;

VISTI

il Decreto legislativo del 30.12.92, n. 502, come modificato dai decreti legislativi 7.12.1993, n. 517, 19.6.1999, n. 229, 2.3.2000, n. 168, e 28.7.2000, n. 254, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare l'art.8-sexies e s.m.i. che disciplina le modalità di remunerazione e di individuazione delle tariffe massime da corrispondere alle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale;

il Decreto Ministeriale del 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera";

il Decreto Ministeriale del 14 dicembre 1994 "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera";

la Legge 28 dicembre 1995 n. 549 che all'art. 2 comma 9 ha stabilito che le regioni fissano il livello massimo delle tariffe, da corrispondere nel proprio territorio ai soggetti erogatori, entro un intervallo di variazione compreso tra il valore delle tariffe individuate dal Ministero della Salute, con propri decreti, ed una riduzione di tale valore non superiore al 20%;

il Decreto Ministeriale del 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994";

il Decreto Ministeriale del 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie";

il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA";



la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale";

il Decreto Ministeriale del 18 dicembre 2008 "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"

RITENUTO

necessario adottare, a decorrere dal 1/1/2009, la versione 2007 del sistema di classificazione ICD-9-CM per la codifica delle informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera - diagnosi principale, diagnosi secondarie ed interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche;

opportuno, a decorrere dalla medesima data, adottare la relativa versione 24 del Grouper HCFA per l'attribuzione del DRG, al fine di descrivere in modo clinicamente e tecnologicamente più adeguato le attuali attività sanitarie svolte in regime di degenza;

RILEVATO CHE

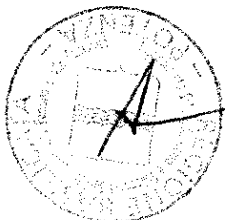
con la D.G.R. 9645 del 30 dicembre 1997 la Regione Basilicata ha definito il sistema tariffario regionale per le prestazioni ospedaliere recependo le tariffe fissate dal DM 30-06-1997;

con la D.G.R. 366 del 4 Marzo 2002 la Regione Basilicata ha provveduto ad aggiornare parzialmente le tariffe vigenti per le prestazioni di ricovero a far data dal 1 Gennaio 2002;

con la D.G.R. n. 3226 del 30 Dicembre 2004 "Adozione del sistema di codifica ICD-9-CM e del Grouper versione 19 e adozione delle tariffe per le prestazioni di ricovero - decorrenza anno 2005", integrata dalla D.G.R. 2686 del 21/12/2005, la Regione Basilicata ha adottato dal 1 gennaio 2005 le nuove tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, per lungodegenti e per riabilitazione erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Basilicata;

con la D.G.R. n. 863 del 1 aprile 2005 "Integrazione alla D.G.R. 30.12.2004, n.3226 - Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera" la Regione Basilicata ha approvato incrementi tariffari per l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza per prestazioni di ricovero ospedalieri nella misura del 4% per DRG medici e 8% per DRG chirurgici;

con la D.G.R. n. 1335 del 18 settembre 2006 "Definizione delle tariffe dei ricoveri ordinari effettuati nei reparti di Lungodegenza e Riabilitazione" sono stati definiti i valori soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari effettuati in strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate di Lungodegenza e in strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate di Riabilitazione della Regione Basilicata, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera;



con la D.G.R. n. 956 del 17 luglio 2007 "Adeguamento tariffe sulle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture sanitarie private accreditate" è stata rimossa, a partite dal 1/1/2007, la riduzione tariffaria del 20% applicata alle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da Strutture Private Accreditate;

RICHIAMATO

il comma 171 dell'art. 1 della Legge 30.12.2004, n.311 (Legge finanziaria 2005) che fa divieto, nella remunerazione del singolo erogatore, di applicare alle singole prestazioni importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia infraregionale che interregionale;

VERIFICATO

che nella seduta della Conferenza dei Presidenti delle Regioni del 4 Dicembre 2003 è stata approvata la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) da applicare alle prestazioni di ricovero in mobilità sanitaria dall'anno 2004;

che nella seduta della Conferenza dei Presidenti delle Regioni del 22/5/2008 è stata approvata la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) da applicare alle prestazioni di ricovero in mobilità sanitaria a partire dall'anno 2007;

che è tuttora in corso la ulteriore modificazione della suddetta TUC previa definizione delle misure interregionali per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero;

che è comunque necessario procedere ad un aggiornamento delle tariffe per i rapporti tra le Aziende Sanitarie regionali allineandole alla Tariffa unica Convenzionale (TUC) definita a livello interregionale;

DATO ATTO

che con DGR n.893/2006, con DGR n.2001/2006 e con DGR n.581/2007 è stato introdotto, secondo criteri di progressiva implementazione, un meccanismo di finanziamento ex ante delle funzioni in sede di riparto del Fondo Sanitario Regionale che esplicita e valorizza le funzioni cliniche di rilevanza regionale e provinciale erogate da tutte le Aziende Sanitarie sulla base della programmazione dell'offerta ospedaliera come effettuata con DGR n.2192/2005 e successive modificazioni ed integrazioni fino alla DGR n.99/2008, consentendo quindi di superare la necessità di una determinazione maggiorata delle tariffe di cui alla DGR n. 863 del 1/4/2005 per l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza;

Che con DGR n.85/2008 è stato confermato anche per il 2008 il meccanismo di finanziamento ex ante delle funzioni con attenuazione dell'abbattimento per la progressiva implementazione;

che pertanto si rende opportuno allineare i livelli tariffari per le prestazioni di ricovero determinate dai DRG per tutte le Aziende sanitarie regionali e di omogeneizzare gli stessi ai valori di computo



della mobilità interregionale, in modo da ottimizzare le modalità di realizzazione delle politiche interregionali volte alla maggiore appropriatezza delle prestazioni;

VISTO

il documento sul controllo dell'appropriatezza della attività di ricovero erogata in regime di mobilità sanitaria predisposto nel 2007 dal gruppo tecnico dei referenti della mobilità sanitaria interregionale delle Regioni e delle Province Autonome;

RILEVATO CHE

tale documento prevede l'utilizzo di indicatori che in base al flusso delle SDO possano consentire di riconoscere le strutture (ospedali o singoli reparti) in cui i comportamenti potenzialmente inappropriati di uno specifico tipo sono sistematici;

Il documento fornisce un primo elenco di fenomeni a rischio assieme ai relativi indicatori di verifica sulla base di una analisi dei riferimenti normativi e degli atti di livello nazionale che regolamentano l'appropriatezza dei ricoveri;

CONSIDERATO

che tale documento ha avuto l'approvazione della Commissione Salute nella seduta del 22 febbraio 2007;

RILEVATO CHE

sulla base del documento succitato, il gruppo di lavoro interregionale dei referenti della mobilità sanitaria ha proposto di considerare a rischio di inappropriatezza, nelle diverse aree di ricovero, i fenomeni riportati in allegato 3 e di rilevare, per la verifica, gli indicatori riportati nell'allegato 4 per i soli ricoveri con oneri a carico del SSN (1, 2, 5 e 6);

CONSIDERATO

che il costo del servizio 118 è totalmente a carico del Fondo Sanitario Regionale e che occorre definire una tariffa per gli interventi a favore di non residenti in Basilicata da addebitare alla Regione competente attraverso la procedura della mobilità, anche nel caso in cui l'intervento sia seguito da ricovero

Su proposta dell'Assessore al ramo

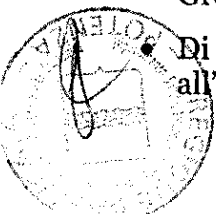
Ad unanimità di voti

D E L I B E R A

Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato

- Di stabilire l'applicazione, con decorrenza 1° gennaio 2009, della versione italiana ICD-9-CM 2007 per la classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche per la codifica delle informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera;
- Di recepire, con decorrenza 1° gennaio 2009, l'applicazione della versione 24 del Grouper HCFA per l'attribuzione del DRG;

Di stabilire l'applicazione, per le motivazioni definite in premessa, delle tariffe di cui all'allegato 1 che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;



- Di stabilire che tali tariffe siano integrate con quanto definito nell'allegato 2 che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- Di monitorare, per le motivazioni definite in premessa, i fenomeni riportati in allegato 3 ed evidenziare gli indicatori riportati in allegato 4 per la esplicitazione di specifici comportamenti inappropriati per i ricoveri, interni e in mobilità, con oneri a carico del SSN (1, 2, 5 e 6);
- Di rinviare alle fasi di ripartizione del fondo sanitario regionale gli eventuali addebiti economici da applicare per comportamenti inappropriati rilevati;
- Di stabilire la decorrenza dei punti precedenti a far data dall'1/1/2009;
- Di revocare conseguentemente la DGR 3226/2004 e la DGR n. 863 dell'1/4/2005 con effetto dall'1/1/2009;
- Di adottare, a far data dal 1/1/2008, le tariffe di emergenza per non residenti in Regione Basilicata di cui all'allegato 5 che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

L'ISTRUTTORE

Anna Rita Lucia

(Anna Rita Lucia)

IL RESPONSABILE P.O.

Vito Mancusi

(Vito Mancusi)

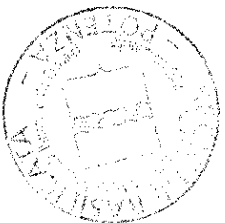
IL DIRIGENTE GENERALE

Rocco Rosa

(Rocco Rosa)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

ALLEGATO 1



TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinarî di più di 1 giorno	(b) Ordinarî di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento proclie	peso DRG
Alta complessità	01	C	001 Craniotomia, età > 17 anni con CC	10.930,16	2.209,92	2.209,92	53	271,35	4,1798
Alta complessità	01	C	002 Craniotomia, età > 17 anni senza CC	9.876,48	2.993,04	2.993,04	34	318,03	3,1739
Alta complessità allegato 2C DPCM	01	C	003 Craniotomia, età < 18 anni	10.241,84	2.065,56	2.065,56	40	318,03	2,3194
29/11/2001	01	C	006 Decompressione del tunnel carpale	915,97	915,97	915,97	4	291,98	0,7369
Alta complessità	01	C	007 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	8.334,48	1.392,59	1.392,59	39	218,17	2,3427
	01	C	008 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.911,10	2.328,88	2.328,88	10	179,63	1,5811
	01	M	009 Malattie e traumatismi del midollo spinale	4.723,75	230,98	230,98	24	240,42	1,2757
	01	M	010 Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.401,30	297,95	297,95	33	257,25	1,3787
	01	M	011 Neoplasie del sistema nervoso senza CC	2.879,46	278,94	278,94	32	234,99	1,0329
	01	M	012 Malattie degenerative del sistema nervoso	3.602,33	195,38	195,38	23	210,02	0,9103
	01	M	013 Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.377,55	192,34	192,34	17	213,29	0,7921
	01	M	014 Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.507,30	201,02	201,02	30	206,23	1,2605
	01	M	015 Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.197,18	195,38	195,38	23	207,85	0,8996
sentinella	01	M	016 Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	3.308,37	212,30	212,30	24	217,62	1,2715
sentinella	01	M	017 Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.374,47	187,13	187,13	17	140,01	0,8471
sentinella allegato 2C DPCM	01	M	018 Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	2.735,26	207,97	207,97	24	214,36	1,0912
29/11/2001	01	M	019 Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.325,83	201,02	201,02	20	160,10	0,7168
	01	M	021 Meningite virale	2.712,93	204,93	204,93	22	148,69	0,7956
	01	M	022 Encefalopatia ipertensiva	2.993,86	211,43	211,43	14	227,39	0,9386
	01	M	023 Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.470,74	196,67	196,67	27	179,63	0,8025
	01	M	026 Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.543,99	255,29	255,29	10	274,06	0,4853
	01	M	027 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.032,72	266,14	266,14	28	256,70	1,5179
	01	M	028 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	3.763,33	259,63	259,63	27	266,47	1,3120
	01	M	029 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	1.920,87	224,46	224,46	18	232,82	0,8998
	01	M	030 Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.258,43	307,83	307,83	4	307,72	0,4185
	01	M	031 Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	1.869,74	357,32	357,32	17	342,44	1,1124
	01	M	032 Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.251,98	304,78	304,78	10	179,09	0,7013
sentinella	01	M	033 Commozione cerebrale, età < 18 anni	989,03	353,84	353,84	4	354,38	0,4028
sentinella	01	M	034 Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.610,54	242,26	242,26	31	266,47	1,1364
	02	C	035 Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2.374,47	209,70	209,70	21	223,60	0,6807
	02	C	036 Interventi sulla retina	2.987,63	2.390,09	2.390,09	10	194,29	0,8348
	02	C	037 Interventi sull'orbita	3.536,30	2.829,04	2.829,04	17	253,99	1,4700
allegato 2C DPCM	02	C	038 Interventi primari sull'iride	2.056,33	1.645,07	1.645,07	10	234,44	0,8505
29/11/2001	02	C	039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.143,87	1.143,87	1.143,87	4	255,61	0,4834
allegato 2C DPCM	02	C	040 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.175,25	1.175,25	1.175,25	7	274,60	0,8800
29/11/2001	02	C	041 Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.091,13	1.091,13	1.091,13	4	275,70	0,5851
allegato 2C DPCM	02	C	042 Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.925,26	1.925,26	1.925,26	10	206,23	0,8445
29/11/2001	02	M	043 Iftema	1.041,15	202,75	202,75	10	187,23	0,4338
	02	M	044 Infezioni acute maggiori dell'occhio	2.130,76	206,65	206,65	20	159,55	0,6302
	02	M	045 Malattie neurologiche dell'occhio	2.002,51	250,07	250,07	17	259,41	0,7576

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
sentinella	02 M	046 Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.094,42	241,40	241,40	24	254,52	0,8331
sentinella	02 M	047 Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.584,28	224,02	224,02	14	236,62	0,5865
Alta complessità	02 C	048 Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.463,26	267,01	267,01	10	296,31	0,4041
	03 C	049 Interventi maggiori sul capo e sul collo	8.044,94	2.085,09	2.085,09	35	205,14	2,0117
	03 C	050 Sialoadenectomia	2.838,92	2.271,13	2.271,13	11	234,44	1,2243
	03 C	051 Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	2.488,33	1.990,67	1.990,67	10	231,73	1,0207
	03 C	052 Riparazione di chelioschisi e di palatoschisi	2.502,98	2.002,38	2.002,38	14	221,97	1,0245
	03 C	053 Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.349,93	1.879,94	1.879,94	7	205,14	0,9386
	03 C	054 Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2.196,89	1.757,51	1.757,51	10	168,24	1,0271
allegato 2C DPCM 29/11/2001	03 C	055 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.574,81	1.574,81	1.574,81	4	231,73	0,8198
	03 C	056 Rinoplastica	1.849,56	1.479,64	1.479,64	7	221,42	0,9354
	03 C	057 Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.557,59	1.246,06	1.246,06	7	197,55	0,5965
	03 C	058 Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.472,92	1.178,33	1.178,33	4	264,84	0,5327
	03 C	059 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.070,76	856,60	856,60	7	186,69	0,5892
	03 C	060 Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	709,32	567,46	567,46	4	238,25	0,3999
	03 C	061 Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	2.481,82	1.985,45	1.985,45	7	382,07	1,1514
	03 C	062 Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.418,64	1.134,90	1.134,90	4	309,88	0,5501
	03 C	063 Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.416,92	2.733,52	2.733,52	13	213,82	1,4586
allegato 2C DPCM 29/11/2001	03 M	064 Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.144,25	297,95	297,95	28	239,87	1,1392
	03 M	065 Alterazioni dell'equilibrio	1.185,83	206,22	206,22	13	224,13	0,5827
	03 M	066 Epistassi	1.436,96	231,84	231,84	13	178,01	0,5555
sentinella	03 M	067 Epiglottite	1.601,19	301,31	301,31	10	274,60	0,5478
sentinella	03 M	068 Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	2.112,23	226,20	226,20	16	255,06	0,6284
	03 M	069 Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.509,18	202,31	202,31	10	221,42	0,4364
	03 M	070 Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	1.216,91	221,85	221,85	7	195,91	0,3156
	03 M	071 Laringotracheite	1.492,78	217,95	217,95	10	260,49	0,2391
	03 M	072 Traumatismi e deformità del naso	1.762,18	311,28	311,28	10	299,57	0,6547
	03 M	073 Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.800,92	261,36	261,36	13	271,35	0,6101
Alta complessità	04 C	074 Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	1.231,67	304,78	304,78	7	286,73	0,3479
Alta complessità	04 C	075 Interventi maggiori sul torace	8.477,14	2.008,56	2.008,56	28	231,19	2,3960
	04 C	076 Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	8.028,24	1.272,11	1.272,11	44	224,68	2,4914
	04 M	077 Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	2.817,20	2.253,76	2.253,76	31	214,36	1,4990
	04 M	078 Embolia polmonare	3.838,06	206,22	206,22	31	214,90	1,3409
sentinella	04 M	079 Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.960,53	195,39	195,39	40	212,75	1,7612
	04 M	080 Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.091,17	170,19	170,19	44	195,37	1,2661
	04 M	081 Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	3.857,42	274,40	274,40	27	305,54	2,1163
	04 M	082 Neoplasie dell'apparato respiratorio	3.404,88	217,08	217,08	34	176,38	1,3292
	04 M	083 Traumi maggiori del torace con CC	2.159,83	240,09	240,09	20	237,70	0,8415
	04 M	084 Traumi maggiori del torace senza CC	1.313,33	223,16	223,16	10	229,57	0,5879
	04 M	085 Versamento pleurico con CC	3.904,02	210,57	210,57	30	239,87	1,3703
	04 M	086 Versamento pleurico senza CC	3.432,56	204,49	204,49	30	146,53	1,0366
sentinella	04 M	087 Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.825,48	227,50	227,50	27	225,76	1,2243
sentinella	04 M	088 Malattia polmonare cronica ostruttiva	2.425,70	172,36	172,36	21	189,93	0,8209
sentinella	04 M	089 Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.336,58	201,88	201,88	28	221,42	1,1394
	04 M	090 Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.226,42	162,81	162,81	24	130,79	0,7579
	04 M	091 Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.739,57	203,62	203,62	14	233,90	0,4735
	04 M	092 Malattia polmonare interstiziale con CC	4.197,87	194,06	194,06	27	212,20	1,2842

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
	04 M	093 Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.790,42	184,95	184,95	23	206,23	0,9037
	04 M	094 Pneumotorace con CC	3.831,60	214,04	214,04	27	229,57	1,2102
sentinella	04 M	095 Pneumotorace senza CC	2.014,50	181,05	181,05	17	194,23	0,6805
sentinella	04 M	096 Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	1.995,88	186,68	186,68	18	201,35	0,8033
	04 M	097 Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.566,91	165,42	165,42	17	136,76	0,5563
sentinella	04 M	098 Bronchite e asma, età < 18 anni	1.373,76	212,30	212,30	17	244,21	0,3816
sentinella	04 M	099 Segni e sintomi respiratori con CC	2.165,20	183,66	183,66	27	121,01	0,8876
sentinella	04 M	100 Segni e sintomi respiratori senza CC	1.606,42	170,62	170,62	14	113,42	0,4835
sentinella	04 M	101 Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.518,61	233,58	233,58	24	246,39	0,9305
Alta complessità	99 C	102 Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.512,20	216,64	216,64	13	234,99	0,6018
		103 Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	63.160,61			91	607,83	14,5725
Alta complessità	05 C	104 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco						
		105 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	22.260,49	12.657,34	12.657,34	35	708,78	6,0620
Alta complessità	05 C	106 Bypass coronarico con PTCA	17.909,54	7.610,89	7.610,89	28	328,89	4,5572
Alta complessità	05 C	108 Altri interventi cardiotoracici	22.580,73	18.064,57	18.064,57	39	687,61	5,4736
Alta complessità	05 C	110 Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	13.133,61	4.297,74	4.297,74	37	392,37	4,1166
Alta complessità	05 C	111 Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	11.782,11	2.954,53	2.954,53	33	297,40	3,3918
		113 Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	7.223,49	2.029,73	2.029,73	24	243,13	2,5742
		114 Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	9.930,55	7.944,44	7.944,44	57	225,21	3,1389
		117 Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	6.770,88	5.416,69	5.416,69	45	249,03	1,8488
allegato 2C DPCM	05 C	118 Sostituzione di pacemaker cardiaco	5.119,94	4.095,95	4.095,95	17	313,69	1,0645
29/11/2001	05 C	119 Legatura e stripping di vene	6.783,90	5.427,11	5.427,11	7	272,98	1,0532
		120 Altri interventi sull'apparato circolatorio	1.496,25	1.496,25	1.496,25	4	257,25	0,7350
		121 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	6.963,00	5.570,39	5.570,39	37	328,34	2,0581
		122 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	4.362,10	248,34	248,34	21	249,64	1,5817
		123 Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	3.474,08	246,18	246,18	17	246,39	1,2157
		124 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.135,94	366,01	366,01	23	320,73	1,3033
		125 Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	3.805,49	3.044,39	3.044,39	21	379,36	1,1950
		126 Endocardite acuta e subacuta	1.825,69	1.460,54	1.460,54	7	258,86	0,7002
		127 Insufficienza cardiaca e shock	7.465,77	220,56	220,56	74	296,07	3,7891
		128 Tromboflebite delle vene profonde	2.761,37	200,15	200,15	21	208,93	1,0270
sentinella	05 M	129 Arresto cardiaco senza causa apparente	2.348,96	177,58	177,58	21	183,20	0,7518
allegato 2C DPCM	05 M	130 Malattie vascolari periferiche con CC	3.609,23	278,30	278,30	32	211,11	1,3124
29/11/2001	05 M		2.963,19	209,70	209,70	23	224,68	1,0117
sentinella	05 M	131 Malattie vascolari periferiche senza CC	1.342,85	190,16	190,16	21	207,85	0,5993
allegato 2C DPCM	05 M	132 Aterosclerosi con CC	2.548,13	209,27	209,27	20	159,01	0,8086
29/11/2001	05 M	133 Aterosclerosi senza CC	1.182,88	194,06	194,06	17	145,98	0,6284
allegato 2C DPCM	05 M	134 Iperensione	1.059,11	197,11	197,11	17	155,75	0,6701
		135 Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.717,55	222,29	222,29	24	224,13	0,9689
		136 Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	1.861,82	200,58	200,58	17	220,87	0,6748
		137 Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	2.859,15	390,31	390,31	10	373,92	0,8484

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento proclie	peso DRG
allegato 2C DPCM 29/11/2001	05	M	138 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.886,84	270,04	270,04	17	291,98	0,8028
	05	M	139 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1.692,05	204,93	204,93	10	219,79	0,5223
	05	M	140 Angina pectoris	1.946,70	207,09	207,09	14	221,97	0,6197
	05	M	141 Sincope e collasso con CC	2.158,44	221,42	221,42	20	164,98	0,7693
	05	M	142 Sincope e collasso senza CC	1.118,46	204,05	204,05	13	150,32	0,5969
	05	M	143 Dolore toracico	1.886,89	321,27	321,27	10	356,01	0,4879
	05	M	144 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.315,76	241,40	241,40	23	246,93	1,1779
	05	M	145 Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.257,24	211,87	211,87	21	229,57	0,6869
	06	C	146 Resezione rettale con CC	9.657,98	1.933,12	1.933,12	45	225,21	2,9562
	06	C	147 Resezione rettale senza CC	6.745,91	1.527,19	1.527,19	37	206,23	2,1564
	06	C	149 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	5.938,78	1.363,85	1.363,85	35	156,29	1,9057
	06	C	150 Listi di aderenze peritoneali con CC	5.827,09	4.661,67	4.661,67	28	256,15	2,3632
	06	C	151 Listi di aderenze peritoneali senza CC	3.129,28	2.503,43	2.503,43	30	198,09	1,5241
	06	C	152 Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	5.232,82	4.186,26	4.186,26	33	219,24	1,9591
	06	C	153 Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	3.669,27	2.935,41	2.935,41	20	210,02	1,3960
	06	C	155 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	5.140,56	4.112,44	4.112,44	34	195,37	2,1457
	06	C	156 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.424,19	1.165,75	1.165,75	24	252,36	1,2426
06	C	157 Interventi su ano e stoma con CC	3.629,65	2.903,72	2.903,72	21	229,57	1,1158	
allegato 2C DPCM 29/11/2001	06	C	158 Interventi su ano e stoma senza CC	1.394,50	1.394,50	1.394,50	10	226,84	0,6093
	06	C	159 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	5.148,70	4.118,96	4.118,96	27	206,78	1,4492
allegato 2C DPCM 29/11/2001	06	C	160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.884,17	1.884,17	1.884,17	13	202,97	1,0953
	06	C	161 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.002,82	2.402,26	2.402,26	13	241,51	0,9993
allegato 2C DPCM 29/11/2001	06	C	162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.458,82	1.458,82	1.458,82	7	218,71	0,7448
	06	C	163 Interventi per ernia, età < 18 anni	1.100,15	1.100,15	1.100,15	4	309,34	0,6383
	06	C	164 Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	4.525,68	3.620,54	3.620,54	21	244,21	1,4998
	06	C	165 Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	2.353,74	1.882,99	1.882,99	14	233,36	1,1181
	06	C	166 Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.270,37	2.616,29	2.616,29	14	237,70	1,1639
	03	C	167 Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	1.713,89	1.371,11	1.371,11	8	195,37	0,8102
	03	C	168 Interventi sulla bocca con CC	3.821,77	3.057,41	3.057,41	10	207,85	1,0520
	06	C	170 Altri interventi sull'apparato digerente con CC	2.619,13	2.095,29	2.095,29	7	205,68	0,9013
	06	C	171 Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	7.435,16	5.948,14	5.948,14	47	256,15	2,6806
	06	M	172 Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.124,61	3.299,68	3.299,68	31	224,13	1,6750
	06	M	173 Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	3.522,99	284,37	284,37	37	249,64	1,4942
	06	M	174 Emorragia gastrointestinale con CC	3.257,28	281,67	281,67	28	228,48	0,8939
	06	M	175 Emorragia gastrointestinale senza CC	3.226,35	222,72	222,72	21	202,42	1,0599
	06	M	176 Ulcera peptica complicata	1.916,26	193,64	193,64	17	202,42	0,6562
	06	M	177 Ulcera peptica non complicata con CC	2.628,66	227,07	227,07	20	225,76	1,0127
	06	M	178 Ulcera peptica non complicata senza CC	2.608,68	187,56	187,56	21	194,29	0,9769
	06	M	179 Malattie infiammatorie dell'intestino	1.776,48	181,05	181,05	17	143,26	0,7185
06	M	180 Occlusione gastrointestinale con CC	2.915,44	207,53	207,53	27	220,33	1,0586	
06	M	181 Occlusione gastrointestinale senza CC	2.473,05	216,64	216,64	23	225,21	0,8868	
06	M	182 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	1.601,19	187,56	187,56	14	142,73	0,5614	
allegato 2C DPCM 29/11/2001	06	M	183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2.095,29	198,84	198,84	20	157,92	0,7681
	06	M	17 anni senza CC	1.180,73	191,90	191,90	13	156,29	0,5568

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classi	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
allegato 2G DPCM 29/11/2001	06 M	184 Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	985,51	224,46	224,46	7	252,36	0,3014
sentinella	03 M	185 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	1.641,58	261,80	261,80	18	249,09	0,6621
allegato 2C DPCM 29/11/2001	03 M	186 Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.424,49	244,87	244,87	10	267,55	0,4601
sentinella	03 M	187 Estrazioni e riparazioni dentali	871,98	312,17	312,17	7	266,47	0,5300
sentinella	06 M	188 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.786,50	225,34	225,34	24	229,57	1,0034
Alta complessità	06 M	189 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.550,84	210,57	210,57	14	225,76	0,5224
Alta complessità	07 C	190 Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.459,56	233,15	233,15	7	256,15	0,3783
Alta complessità	07 C	191 Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.653,55	2.527,40	2.527,40	57	279,49	3,5599
Alta complessità	07 C	192 Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	8.443,11	1.555,41	1.555,41	37	225,76	2,5966
	07 C	193 Interventi sulle vie biliari eccetto colecistomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.140,35	1.984,15	1.984,15	60	245,29	3,6085
	07 C	194 Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.887,02	5.509,62	5.509,62	51	244,76	2,9871
	07 C	195 Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	7.290,79	5.832,65	5.832,65	40	217,62	2,4776
	07 C	196 Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.759,04	3.807,23	3.807,23	24	143,81	2,1918
	07 C	197 Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.999,86	4.799,88	4.799,88	40	211,11	2,4752
	07 C	198 Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.158,82	2.527,06	2.527,06	24	204,60	1,5546
	07 C	199 Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.924,46	5.539,58	5.539,58	45	174,74	2,2656
	07 C	200 Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	6.547,82	5.238,26	5.238,26	50	294,69	2,7306
sentinella	07 M	201 Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.956,92	7.165,54	7.165,54	51	339,73	2,8743
sentinella	07 M	202 Cirrosi e epatite alcolica	3.442,10	268,32	268,32	27	281,03	1,2862
sentinella	07 M	203 Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	3.142,87	287,64	287,64	35	230,10	1,2825
sentinella	07 M	204 Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	2.770,00	203,62	203,62	24	213,82	1,0518
sentinella	07 M	205 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.168,57	229,23	229,23	27	254,52	1,1589
sentinella	07 M	206 Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	2.010,63	227,50	227,50	21	229,02	0,8236
sentinella	07 M	207 Malattie delle vie biliari con CC	2.879,84	213,18	213,18	24	204,60	1,1620
allegato 2C DPCM 29/11/2001	07 M	208 Malattie delle vie biliari senza CC	1.199,30	192,76	192,76	17	164,43	0,6681
	08 C	210 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	7.967,55	6.374,05	6.374,05	32	188,33	2,0942
	08 C	211 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	4.481,72	3.585,37	3.585,37	30	186,14	1,7174
	08 C	212 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.754,91	4.603,93	4.603,93	28	286,00	1,5008
	08 C	213 Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.151,10	4.920,87	4.920,87	63	166,62	2,2148
	08 C	216 Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.944,10	3.955,28	3.955,28	24	326,17	1,3106
Alta complessità	08 C	217 Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	9.419,80	2.296,20	2.296,20	45	267,55	2,5978
	08 C	218 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	5.936,73	4.749,37	4.749,37	31	194,83	2,0194
	08 C	219 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	2.908,39	2.326,71	2.326,71	20	184,51	1,3446
	08 C	220 Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	2.681,00	2.144,79	2.144,79	17	214,36	1,0869

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classa	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento proclia	peso DRG
	08	C	223 Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.513,30	2.010,63	2.010,63	4	206,78	1,0013
	08	C	224 Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.144,25	1.715,40	1.715,40	13	197,00	1,0375
	08	C	225 Interventi sui tessuti molli con CC	2.391,18	1.912,95	1.912,95	7	238,79	0,8826
	08	C	227 Interventi sui tessuti molli senza CC	4.807,88	3.846,30	3.846,30	24	214,36	1,5387
	08	C	228 Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	2.049,29	1.639,42	1.639,42	10	212,75	0,8846
	08	C	229 Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	2.289,69	1.831,76	1.831,76	10	243,67	0,9752
	08	C	230 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	1.608,59	1.286,86	1.286,86	7	205,14	0,7372
allegato 2C DPCM 29/11/2001	08	C	232 Artroscopia	2.425,92	1.940,73	1.940,73	13	157,92	0,9325
	08	C	233 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	1.557,31	1.557,31	1.557,31	7	204,60	0,7595
	08	C	234 Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	7.335,31	5.868,24	5.868,24	34	264,84	2,0269
	08	M	235 Fratture del femore	3.474,99	2.779,98	2.779,98	13	215,45	1,2519
	08	M	236 Fratture dell'anca e della pelvi	3.461,63	240,97	240,97	23	261,58	0,5858
	08	M	237 Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	3.478,23	246,60	246,60	21	275,70	0,6652
	08	M	238 Osteomielite	1.817,08	208,39	208,39	17	215,99	0,6533
	08	M	239 Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.836,21	229,23	229,23	44	148,69	1,7119
	08	M	240 Malattie del tessuto connettivo con CC	2.992,02	304,99	304,99	30	250,73	1,1075
	08	M	241 Malattie del tessuto connettivo senza CC	4.220,48	223,16	223,16	30	181,81	1,2952
	08	M	242 Artrite settica	2.686,32	202,75	202,75	20	149,78	0,8096
allegato 2C DPCM 29/11/2001	08	M	243 Afezioni mediche del dorso	3.603,24	253,56	253,56	40	162,27	1,2626
sentinella	08	M	244 Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	1.289,56	203,20	203,20	21	138,38	0,6837
sentinella	08	M	245 Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	2.496,91	241,40	241,40	23	139,46	0,8398
sentinella	08	M	246 Artropatie non specifiche	1.773,14	197,54	197,54	28	108,53	0,5605
	08	M	247 Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.999,76	193,21	193,21	20	129,16	0,6199
	08	M	248 Tendinite, miosite e borsite	1.610,78	211,01	211,01	17	150,32	0,5435
sentinella	08	M	249 Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.766,78	205,36	205,36	23	218,71	0,7633
	08	M	250 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	1.236,50	252,25	252,25	18	234,44	0,6192
	08	M	251 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	1.932,39	386,84	386,84	16	182,35	0,6694
	08	M	252 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	1.329,93	280,91	280,91	7	172,04	0,4164
	08	M	253 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	938,28	307,39	307,39	4	251,27	0,2983
	08	M	254 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	2.136,30	269,61	269,61	24	205,14	0,7515
	08	M	255 Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.273,65	196,23	196,23	10	151,95	0,4225
sentinella	08	M	256 Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.256,14	302,18	302,18	7	216,54	0,3765
	09	C	257 Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	1.459,66	234,45	234,45	14	184,51	0,6224
	09	C	258 Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	4.614,13	3.691,29	3.691,29	14	208,93	1,2850
	09	C	259 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.983,28	2.386,62	2.386,62	14	199,71	1,1697
			Sistema Informativo Sanitario Regione Basilicata	4.527,30	3.621,84	3.621,84	13	190,48	1,0107

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 C	260 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.502,44	2.001,94	2.001,94	10	165,52	0,8896
	09 C	261 Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	2.645,72	2.116,57	2.116,57	10	243,13	1,1165
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 C	262 Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.255,70	1.255,70	1.255,70	7	258,86	0,5990
	09 C	263 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.320,65	5.856,52	5.856,52	37	137,31	2,3324
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 C	264 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.316,73	3.453,38	3.453,38	37	124,82	1,4659
	09 C	265 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	5.062,96	4.050,36	4.050,36	17	222,51	1,2856
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 C	266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	2.812,32	2.249,86	2.249,86	10	172,58	0,9865
	09 C	267 Interventi perianali e pilonidali	1.576,44	1.576,44	1.576,44	7	236,07	0,5312
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 C	268 Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.243,57	1.794,85	1.794,85	10	222,51	1,2732
	09 C	269 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	4.336,26	3.469,02	3.469,02	31	263,76	1,6138
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 C	270 Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.382,30	1.382,30	1.382,30	7	224,88	0,7668
	09 M	271 Ulcere della pelle	3.906,33	175,84	175,84	30	191,03	1,2955
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 M	272 Malattie maggiori della pelle con CC	3.361,99	233,58	233,58	27	237,70	0,9417
	09 M	273 Malattie maggiori della pelle senza CC	2.451,82	184,51	184,51	20	212,20	0,5861
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 M	274 Neoplasie maligne della mammella con CC	4.038,26	337,01	337,01	34	201,88	1,3320
	09 M	275 Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.686,64	280,57	280,57	17	168,24	0,6197
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 M	276 Patologie non maligne della mammella	722,89	220,12	220,12	10	221,42	0,4367
	09 M	277 Cellulite, età > 17 anni con CC	2.845,55	193,21	193,21	30	138,93	1,0480
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 M	278 Cellulite, età > 17 anni senza CC	1.686,74	183,66	183,66	21	137,31	0,6153
	09 M	279 Cellulite, età < 18 anni	1.368,69	227,50	227,50	10	259,41	0,4545
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 M	280 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	1.623,36	277,43	277,43	17	281,12	0,7470
	09 M	281 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	1.036,30	272,22	272,22	7	271,89	0,6066
allegato 2C DPCM 29/11/2001	09 M	282 Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	1.245,83	423,74	423,74	4	243,67	0,3376
	09 M	283 Malattie minori della pelle con CC	1.516,34	207,09	207,09	20	154,13	0,7898
Alta complessità	10 C	284 Malattie minori della pelle senza CC	896,57	197,11	197,11	13	220,87	0,4238
	10 C	285 Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	10.146,55	8.117,24	8.117,24	59	136,76	2,5557
Alta complessità	10 C	286 Interventi sul surrene e sulla ipofisi	8.113,00	1.734,50	1.734,50	27	271,35	1,9902
	10 C	287 Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	7.385,88	1.444,70	1.444,70	34	177,47	1,9678
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10 C	288 Interventi per obesità	3.754,48	3.003,58	3.003,58	17	191,03	1,8598
	10 C	289 Interventi sulle paratiroidi	3.756,66	3.005,32	3.005,32	11	245,84	0,8732
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10 C	290 Interventi sulla tiroide	2.622,38	2.097,89	2.097,89	11	173,12	0,9978
	10 C	291 Interventi sul dotto tiroideo	1.398,03	1.118,42	1.118,42	7	210,57	0,8181
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10 C	292 Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	8.192,24	6.553,79	6.553,79	27	356,01	2,2587
	10 C	293 Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.298,49	4.238,78	4.238,78	14	135,13	1,4772
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10 M	294 Diabete, età > 35 anni	1.357,87	188,43	188,43	20	143,26	0,9845
	10 M	295 Diabete, età < 36 anni	1.840,87	255,72	255,72	17	271,89	0,6019

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
	10	M	296 Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.959,27	208,83	208,83	23	237,70	0,8593
	10	M	297 Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.285,30	201,88	201,88	21	212,75	0,5604
	10	M	298 Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.372,38	208,83	208,83	7	213,29	0,2651
sentinella	10	M	299 Difetti congeniti del metabolismo	2.507,65	286,55	286,55	17	242,59	0,6979
allegato 2C DPCM	10	M	300 Malattie endocrine con CC	2.817,75	234,45	234,45	20	242,59	0,9965
	10	M	301 Malattie endocrine senza CC	1.018,40	234,45	234,45	17	163,35	0,5049
Alfa complessità	11	C	302 Trapianto renale	44.611,16			42	782,04	10,2927
Alfa complessità	11	C	303 Interventi su rene e uretere per neoplasia	8.348,21	1.891,89	1.891,89	25	191,57	1,9829
Alfa complessità	11	C	304 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.637,79	1.529,36	1.529,36	34	236,62	1,9028
	11	C	305 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	5.103,12	4.082,49	4.082,49	20	230,65	1,5231
	11	C	306 Prostatectomia con CC	4.709,66	3.767,72	3.767,72	18	229,02	1,2221
	11	C	307 Prostatectomia senza CC	2.917,62	2.334,09	2.334,09	14	189,93	1,0155
	11	C	308 Interventi minori sulla vescica con CC	5.551,94	4.441,55	4.441,55	24	296,86	1,5522
	11	C	309 Interventi minori sulla vescica senza CC	3.985,16	2.868,11	2.868,11	13	164,98	1,0453
	11	C	310 Interventi per via transuretrale con CC	3.816,35	3.053,07	3.053,07	17	272,44	1,0057
	11	C	312 Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	2.165,96	1.732,75	1.732,75	10	169,32	0,7204
	11	C	313 Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2.439,49	1.951,58	1.951,58	17	220,87	1,1378
	11	C	314 Interventi sull'uretra, età < 18 anni	2.221,31	1.777,05	1.777,05	10	196,45	1,0316
	11	C	315 Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	2.499,19	1.999,34	1.999,34	17	210,57	1,2121
	11	M	316 Insufficienza renale	6.074,57	4.859,66	4.859,66	41	229,57	2,0141
	11	M	317 Ricovero per dialisi renale	3.541,90	271,35	271,35	27	265,38	1,1501
	11	M	318 Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	2.204,57	250,07	250,07	1	179,09	0,6553
	11	M	319 Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	3.248,97	350,04	350,04	34	295,24	1,2854
sentinella	11	M	320 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.565,90	262,67	262,67	17	216,54	0,6912
sentinella	11	M	321 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.346,24	207,53	207,53	23	216,54	0,8462
	11	M	322 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.849,11	196,67	196,67	17	170,95	0,6057
	11	M	323 Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.933,77	231,84	231,84	11	177,47	0,4272
allegato 2C DPCM	11	M	324 Calcolosi urinaria senza CC	2.914,36	2.331,48	2.331,48	10	259,41	0,5520
sentinella	11	M	325 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.024,78	186,25	186,25	10	194,83	0,4010
allegato 2C DPCM	11	M	326 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.460,87	252,68	252,68	17	271,35	0,6193
sentinella	11	M	327 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.302,25	221,85	221,85	10	240,42	0,4283
sentinella	11	M	328 Stenosi uretrale, età > 17 anni	1.597,49	237,05	237,05	7	267,01	0,3400
sentinella	11	M	329 Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.203,84	270,04	270,04	17	159,55	0,6628
sentinella	11	M	330 Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.276,46	202,75	202,75	10	130,79	0,4816
sentinella	11	M	331 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.146,80	260,94	260,94	7	183,97	0,2655
sentinella	11	M	332 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.773,03	221,85	221,85	27	229,02	1,0467
	11	M	333 Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.803,96	215,35	215,35	17	229,02	0,6109
	12	C	334 Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	2.003,90	287,85	287,85	13	293,06	0,6084
	12	C	335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	5.720,73	4.576,57	4.576,57	20	221,42	2,2241
	12	C	336 Prostatectomia transuretrale con CC	4.603,28	3.682,62	3.682,62	16	215,45	1,9084
	12	C	337 Prostatectomia transuretrale senza CC	3.635,08	2.908,06	2.908,06	15	192,12	1,0273
	12	C	338 Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.764,02	2.211,21	2.211,21	11	186,14	0,8688
	12	C	339 Interventi sul testicolo non per neoplasia maligna, età > 17 anni	3.378,93	2.703,14	2.703,14	10	237,70	0,9144
	12	C	340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.667,75	1.334,19	1.334,19	7	200,80	0,6763
				1.530,43	1.224,35	1.224,35	4	314,21	0,5987

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento gradie	peso DRG
	12	C	341 Interventi sul pene	3.318,68	2.654,94	2.654,94	13	214,36	1,2213
	12	C	342 Circoncisione, età > 17 anni	1.531,53	1.225,23	1.225,23	4	278,41	0,5593
	12	C	343 Circoncisione, età < 18 anni	951,91	761,52	761,52	4	256,70	0,2944
	12	C	344 Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.902,87	3.922,28	3.922,28	17	193,20	0,9423
	12	C	345 Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne						
	12	M	346 Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.185,72	2.548,57	2.548,57	17	237,70	0,9432
	12	M	347 Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	3.641,08	305,54	305,54	35	259,41	1,1847
	12	M	348 Iperplasia prostatica benigna con CC	2.532,10	278,41	278,41	10	242,05	0,6095
	12	M	349 Iperplasia prostatica benigna senza CC	2.425,55	194,50	194,50	21	204,05	0,6199
	12	M	350 Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.915,33	191,03	191,03	10	202,97	0,4249
	12	M	352 Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	1.439,28	226,20	226,20	13	232,82	0,5708
Alta complessità	13	C	353 Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	1.363,17	395,96	395,96	7	202,42	0,4639
	13	C	354 Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi con CC	6.732,17	2.055,79	2.055,79	22	270,27	1,7728
	13	C	355 Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi senza CC	5.993,71	4.794,96	4.794,96	37	186,14	2,0274
Alta complessità	13	C	356 Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	3.402,80	2.722,23	2.722,23	15	140,01	1,2687
	13	C	357 Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovario o degli annessi	2.880,71	2.304,57	2.304,57	11	142,19	0,9206
	13	C	358 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	7.085,00	1.765,99	1.765,99	27	200,80	1,7499
	13	C	359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.731,69	2.985,34	2.985,34	15	207,85	1,3388
	13	C	360 Interventi su vagina, cervic e vulva	2.679,37	2.143,49	2.143,49	11	188,77	0,9785
	13	C	361 Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.041,69	1.633,34	1.633,34	10	257,25	0,8575
	13	C	362 Occlusione endoscopica delle tube	1.746,98	1.397,58	1.397,58	7	266,47	0,7171
	13	C	363 Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	1.098,98	879,19	879,19	4	169,32	0,5599
allegato 2C DPCM 29/11/2001	13	C	364 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	2.524,69	2.019,75	2.019,75	10	282,21	0,7937
	13	C	365 Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	1.161,52	1.161,52	1.161,52	4	247,48	0,5395
	13	M	366 Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	3.903,72	3.122,97	3.122,97	23	194,29	1,2244
	13	M	367 Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	3.545,58	327,25	327,25	37	270,81	1,3793
sentinella	13	M	368 Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	2.083,42	296,31	296,31	21	265,38	0,6447
	13	M	369 Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.654,23	217,08	217,08	10	184,51	0,5307
	14	C	370 Parto cesareo con CC	1.153,57	263,11	263,11	7	282,21	0,4208
	14	C	371 Parto cesareo senza CC	3.543,36	2.834,68	2.834,68	14	202,42	0,9635
	14	M	372 Parto vaginale con diagnosi complicanti	2.479,66	1.983,72	1.983,72	6	178,01	0,7334
	14	M	373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2.003,90	267,01	267,01	8	261,58	0,5649
	14	C	374 Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	1.330,41	258,76	258,76	5	206,78	0,4439
	14	C	375 Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.044,39	1.635,51	1.635,51	8	269,72	0,6946
	14	M	376 Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	3.199,82	2.559,85	2.559,85	8	355,46	0,9140
	14	C	377 Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.145,42	223,60	223,60	10	232,82	0,4582
	14	M	378 Gravidanza ectopica	2.514,93	2.011,93	2.011,93	7	373,39	0,7871
	14	M	379 Minaccia di aborto	2.018,20	251,37	251,37	10	190,48	0,5765
	14	M	380 Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.836,44	242,26	242,26	10	226,84	0,4424
	14	C	381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	982,57	291,32	291,32	7	199,16	0,3888
	14	M	382 Falso travaglio	1.417,56	1.134,05	1.134,05	4	309,88	0,4568
	14	M	383 Altre diagnosi preparato con complicazioni mediche	392,09	282,64	282,64	4	99,31	0,2032
	14	M	384 Altre diagnosi preparato senza complicazioni mediche	1.390,37	243,57	243,57	10	202,42	0,4019
Alta complessità	15	M	385 Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	1.262,12	210,57	210,57	14	183,43	0,3964
	15	M	386 Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	4.142,52	319,11	319,11	4	273,52	0,6891
				14.039,85	289,79	289,79	135	173,65	8,6877

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	tipo DRG	descrizione	(a) Ordini di più di 1 giorno	(b) Ordini di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodile	peso DRG
Alta complessità	M	387 Prematurità con affezioni maggiori	7.828,84	274,06	274,06	51	165,52	3,5317
	M	388 Prematurità senza affezioni maggiori	3.948,23	192,66	192,66	20	189,40	0,8326
	M	389 Neonati a termine con affezioni maggiori	1.906,55	213,82	213,82	11	134,59	0,7041
	M	390 Neonati con altre affezioni significative	1.361,66	169,87	169,87	5	100,40	0,2085
	C	391 Neonato normale	542,70	181,81	181,81	5	-	0,1598
	C	392 Splenectomia, età > 17 anni	7.005,00	1.667,20	1.667,20	22	306,53	1,9909
	C	393 Splenectomia, età < 18 anni	4.547,92	3.638,34	3.638,34	13	244,76	1,1225
	C	394 Altri interventi sugli organi emopoietici	3.978,08	3.182,46	3.182,46	17	312,60	1,1177
	M	395 Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	2.089,77	235,31	235,31	23	250,73	0,8552
	M	396 Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.397,28	258,76	258,76	13	238,79	0,5775
Alta complessità	M	397 Disturbi della coagulazione	4.279,06	366,43	366,43	20	354,38	0,9347
	M	398 Disturbi sistema reticobendoteliale e immunitario con CC	5.327,15	307,39	307,39	27	197,55	1,2182
	C	399 Disturbi sistema reticobendoteliale e immunitario senza CC	2.599,45	237,49	237,49	17	177,47	0,6982
	C	401 Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	10.347,55	1.387,17	1.387,17	55	286,00	3,0119
	M	402 Linfoma e leucemia non acuta con CC	3.951,49	3.161,18	3.161,18	24	156,84	1,4116
	M	403 Linfoma e leucemia non acuta senza CC	8.375,08	389,65	389,65	40	321,28	1,8616
	M	404 Linfoma acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	3.205,60	285,46	285,46	24	248,03	1,1010
	M	405 Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	8.616,26	731,57	731,57	86	571,46	2,9459
	C	406 Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	12.073,98	1.812,10	1.812,10	43	255,61	2,9175
	C	407 Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.809,84	1.298,17	1.298,17	27	180,17	1,8956
Alta complessità	M	408 Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	5.029,31	4.023,45	4.023,45	13	315,85	1,4917
	M	409 Radioterapia	3.289,38	381,53	381,53	31	284,37	0,8811
	M	410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.931,52	362,53	362,53	7	286,54	0,7539
	M	411 Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1.400,51	281,67	281,67	13	173,65	0,4822
	M	412 Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.132,95	367,41	367,41	10	267,55	0,4948
	M	413 Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.815,09	293,61	293,61	41	238,25	1,4888
	M	414 Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	3.136,41	276,24	276,24	32	164,43	0,9668
	M	415 Sotticemia, età < 18 anni	2.419,53	226,20	226,20	17	256,70	0,9563
	M	416 Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	2.479,96	217,08	217,08	23	237,16	1,0619
	M	417 Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.686,17	234,89	234,89	20	180,72	0,8455
Alta complessità	M	418 Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.087,55	213,18	213,18	21	156,29	0,6372
	M	419 Malattie di origine virale, età > 17 anni	1.967,00	221,42	221,42	14	189,40	0,6643
	M	420 Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.483,09	231,84	231,84	10	259,41	0,3634
	M	421 Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	2.986,48	276,99	276,99	24	265,93	1,2815
	C	422 Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	7.839,47	6.271,58	6.271,58	39	231,73	1,6764
	M	423 Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.899,63	233,15	233,15	21	253,99	0,5422
	M	424 Nevrosi depressive	1.256,16	177,14	177,14	31	208,39	0,3902
	M	425 Nevrosi eccetto nevrosi depressive	1.026,11	190,60	190,60	27	224,13	0,3637
	M	426 Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.110,47	169,76	169,76	41	197,55	0,6989
	M	427 Disturbi organici e ritardo mentale	1.551,07	186,25	186,25	27	155,20	0,7933
allegato 2C DPCM 29/1/2001	M	428 Psicosi	2.621,12	160,21	160,21	44	189,40	0,7668
	M	429 Disturbi mentali dell'infanzia	1.629,33	192,34	192,34	21	163,89	0,4865
	M	430 Altre diagnosi relative a disturbi mentali	2.089,70	199,72	199,72	21	185,06	0,5406
	M	431 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.160,32	321,28	321,28	4	296,31	0,1297
	M	432						
	M	433						
	M	434						
	M	435						
	M	436						
	M	437						

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
	21	C	439 Trapianti di pelle per traumatismo	4.023,13	3.218,49	3.218,49	17	225,21	1.4074
	21	C	440 Sbrigliamento di ferite per traumatismo	5.392,93	4.314,34	4.314,34	28	376,10	1.2893
Alta complessità	21	C	441 Interventi sulla mano per traumatismo	1.997,18	1.597,74	1.597,74	10	221,97	1.0153
	21	C	442 Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	7.950,02	1.510,90	1.510,90	51	295,24	2.6634
	21	M	443 Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	4.143,60	3.314,87	3.314,87	13	220,87	1.2447
	21	M	444 Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.229,02	201,02	201,02	21	214,36	0.8337
	21	M	445 Traumatismi, età > 17 anni senza CC	1.489,54	199,72	199,72	10	210,02	0.6198
	21	M	446 Traumatismi, età < 18 anni	1.135,28	278,30	278,30	4	289,26	0.3585
	21	M	447 Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.426,34	253,98	253,98	10	268,09	0.4565
	21	M	448 Reazioni allergiche, età < 18 anni	849,72	236,19	236,19	7	271,89	0.2344
	21	M	449 Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.250,23	255,72	255,72	21	258,33	0.7386
	21	M	450 Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.262,12	246,60	246,60	10	252,36	0.4109
	21	M	451 Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	842,90	294,36	294,36	4	275,15	0.2938
	21	M	452 Complicazioni di trattamenti con CC	2.115,53	268,32	268,32	27	197,55	1.0604
	21	M	453 Complicazioni di trattamenti senza CC	1.556,90	197,54	197,54	18	175,29	0.4896
	21	M	454 Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.636,82	295,66	295,66	18	284,37	0.7653
	23	C	455 Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.696,52	273,95	273,95	10	149,23	0.5854
	23	M	461 intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	2.939,32	2.351,46	2.351,46	21	224,68	1.5238
	23	M	462 Riabilitazione	1.735,42	199,72	199,72	37	96,06	0.7570
	23	M	463 Segni e sintomi con CC	2.922,36	227,07	227,07	31	156,29	0.8004
	23	M	464 Segni e sintomi senza CC	1.775,10	183,22	183,22	23	144,35	0.5041
	23	M	465 Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	745,46	211,11	211,11	7	210,57	0.4836
	23	M	466 Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1.309,17	252,25	252,25	10	182,89	0.6630
allegato 2C DPCM 29/11/2001	23	M	467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute	971,91	230,98	230,98	10	153,05	0.2583
	99	C	468 Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	6.108,22	4.886,57	4.886,57	39	290,89	2.8661
	99		469 Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	461,29	104,73	104,73	10	83,57	0.1574
Alta complessità	08	C	470 Non attribuibile ad altro DRG	461,29	61,86	61,86	41	49,38	0.1866
Alta complessità	17	M	471 Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	16.328,63	8.111,92	8.111,92	30	225,76	2.4714
	99	C	472 Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	22.816,73	840,66	840,66	81	604,04	4.2095
	99	C	476 Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	4.820,37	3.856,29	3.856,29	20	246,39	1.7590
	05	C	477 Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	3.234,02	2.587,20	2.587,20	32	201,35	1.7604
Alta complessità	99	C	479 Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.087,16	3.269,72	3.269,72	21	212,20	1.6087
Alta complessità	99	C	480 Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	84.276,15	4.707,48	4.707,48	61	892,75	19.4443
Alta complessità	89	C	481 Trapianto di midollo osseo allogenico	87.291,52	4.707,48	4.707,48	46	1.079,45	15.5111
Alta complessità	99	C	482 Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.403,45	9.122,77	9.122,77	61	233,90	3.7723
Alta complessità	24	C	484 Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	20.243,72	4.840,99	4.840,99	73	503,64	5.0987
	24	C	485 Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	15.111,48	4.358,52	4.358,52	42	328,34	4.4919
Alta complessità	24	C	486 Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	13.662,54	3.337,13	3.337,13	50	354,92	4.6091
	25	C	487 Altri traumatismi multipli rilevanti	4.947,02	384,23	384,23	37	350,04	1.7349
Alta complessità	25	M	488 H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	13.167,64	1.544,01	1.544,01	112	207,32	4.1670
	25	M	489 H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	5.945,76	297,40	297,40	58	184,51	2.4149
	08	C	490 H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3.610,18	308,80	308,80	31	211,11	1.1973
	17	M	491 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.849,85	2.665,26	2.665,26	24	186,69	1.9828
			492 Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.909,80	596,07	717,69	51	245,29	1.4945

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinarî di piú di 1 giorno	(b) Ordinarî di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodle	peso DRG
	07 C	493 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.248,49	4.198,79	4.198,79	30	211,11	1,5285
Alta complessità	07 C	494 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.991,77	2.385,41	2.385,41	10	204,60	0,8890
Alta complessità	99 C	495 Trapianto di polmone	73.220,26			78	323,53	16,8871
Alta complessità	08 C	496 Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	21.843,13	17.474,50	17.474,50	45	1.092,15	5,1811
Alta complessità	08 C	497 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	14.506,50	11.605,20	11.605,20	35	725,31	3,8451
	08 C	498 Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	10.671,78	8.537,41	8.537,41	24	533,58	3,2406
	08 C	499 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	4.855,00	3.883,99	3.883,99	27	242,75	1,6629
	08 C	500 Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	2.851,28	2.281,02	2.281,02	14	142,55	1,2589
allegato 2C DPCM 29/11/2001	08 C	501 Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.965,53	7.972,43	7.972,43	92	398,61	2,1467
allegato 2C DPCM 29/11/2001	08 C	502 Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	2.741,26	2.193,01	2.193,01	51	109,64	1,1595
Alta complessità	22 C	503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.202,31	2.202,31	2.202,31	7	247,75	0,9222
Alta complessità	22 M	504 Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore con innesto di cute	44.735,67			108	3.131,50	9,8973
Alta complessità	22 C	505 Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	11.107,43	1.777,18	1.777,18	71	777,52	2,1388
Alta complessità	22 C	506 Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	17.450,78	13.960,62	13.960,62	87	1.221,55	3,0751
Alta complessità	22 M	508 Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	6.851,62	5.481,28	5.481,28	65	479,61	2,7979
	22 M	509 Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.706,26	912,99	912,99	67	399,44	1,1500
	22 M	510 Ustioni non estese con CC o trauma significativo	3.020,85	483,34	483,34	32	211,45	1,1302
Alta complessità	99 C	511 Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	4.427,18	708,35	708,35	53	309,89	1,3587
Alta complessità	99 C	512 Trapianto simultaneo di pancreas/rene	3.542,97	566,88	566,88	24	248,01	1,0977
	05 C	513 Trapianto di pancreas	68.332,82			68	474,43	15,7658
Alta complessità	05 C	515 Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	61.999,42			53	272,74	14,3046
Alta complessità	08 C	518 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	23.118,42	9.709,74	9.709,74	31	462,37	4,0897
	08 C	519 Artrodesi vertebrale cervicale con CC	5.642,50	4.514,00	4.514,00	7	191,46	1,2185
	20 M	520 Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	11.478,50	9.182,79	9.182,79	46	573,91	3,1524
	20 M	521 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	7.991,48	6.393,19	6.393,19	17	399,57	2,1786
	20 M	522 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.716,44	195,58	195,58	27	217,31	0,8717
	01 M	523 Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	2.641,56	190,19	190,19	45	211,31	0,8746
Alta complessità	05 C	524 Ischemia cerebrale transitoria	2.051,54	147,71	147,71	24	164,12	0,5366
Alta complessità	01 C	525 Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	1.878,56	167,04	167,04	17	177,71	0,7692
Alta complessità	01 C	528 Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	36.471,45	20.737,70	20.737,70	47	1.161,26	9,9320
Alta complessità	01 C	529 Interventi di anastomosi ventricolare con CC	14.973,63	3.027,45	3.027,45	48	371,73	5,7260
Alta complessità	01 C	530 Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	9.826,89	1.986,86	1.986,86	75	243,96	3,7579
Alta complessità	01 C	531 Interventi sul midollo spinale con CC	5.225,11	1.056,44	1.056,44	33	129,72	1,9981
Alta complessità	01 C	532 Interventi sul midollo spinale senza CC	10.303,42	2.581,10	2.581,10	47	239,23	3,9401
Alta complessità	01 C	533 Interventi vascolari extracranici con CC	5.756,96	1.442,17	1.442,17	24	133,67	2,2015
Alta complessità	01 C	534 Interventi vascolari extracranici senza CC	4.741,75	3.793,40	3.793,40	20	262,69	1,2985
Alta complessità	05 C	535 Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	4.990,10	3.512,08	3.512,08	11	243,20	1,2022
			26.103,38	14.878,93	14.878,93	41	783,10	6,3257

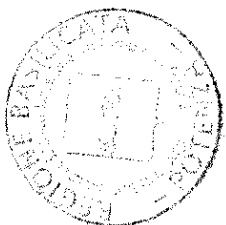
TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
Alta complessità	05	C	536 Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	21.902,52	12.484,44	12.484,44	33	657,07	5,3077
	08	C	537 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	2.792,62	2.234,09	2.234,09	28	276,35	1,6372
Alta complessità	08	C	538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.606,61	1.285,28	1.285,28	7	158,98	0,9419
Alta complessità	17	C	539 Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	12.777,15	2.283,50	2.283,50	50	381,22	3,4880
	17	C	540 Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	5.663,98	1.012,25	1.012,25	24	168,99	1,5462
Alta complessità	99	C	541 Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	47.272,70	7.110,07	7.110,07	117	513,40	12,4289
Alta complessità	99	C	542 Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	32.466,31	4.883,11	4.883,11	104	352,60	8,5360
Alta complessità	01	C	543 Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	10.296,83	2.081,87	2.081,87	51	255,62	3,9376
Alta complessità	08	C	544 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	9.393,44	4.271,68	4.271,68	22	203,38	2,0283
Alta complessità	08	C	545 Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.085,37	5.041,08	5.041,08	34	240,01	2,7175
Alta complessità	08	C	546 Artrosi vertebrali eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	14.506,50	11.605,20	11.605,20	31	725,31	5,0089
Alta complessità	05	C	547 Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	17.266,93	4.647,57	4.647,57	39	286,86	5,0871
Alta complessità	05	C	548 Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.761,23	3.973,14	3.973,14	29	245,23	4,3489
Alta complessità	05	C	549 Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	10.619,50	2.671,48	2.671,48	28	213,16	3,7801
Alta complessità	05	C	550 Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	9.048,54	2.276,28	2.276,28	20	181,62	3,2209
Alta complessità	05	C	551 Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	12.229,85	6.108,77	6.108,77	31	459,14	2,3045
	05	C	552 Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.294,60	5.835,68	5.835,68	14	380,43	1,5894
	05	C	553 Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.810,71	5.448,56	5.448,56	49	260,03	2,6490
	05	C	554 Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5.312,31	4.249,85	4.249,85	31	202,82	2,0662
	05	C	555 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.722,20	5.377,76	5.377,76	17	213,58	1,8899
	05	C	556 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5.237,86	4.190,29	4.190,29	10	169,60	1,3742
	05	C	557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.550,50	6.840,39	6.840,39		276,87	2,2433
	05	C	558 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.444,45	5.155,56	5.155,56		208,67	1,6907
sentinella	01	M	559 Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	4.407,29	252,60	252,60		259,15	1,8296
sentinella	01	M	560 Infezioni batteriche e tubercolari del sistema nervoso	4.415,02	242,56	242,56	43	173,40	2,5059
sentinella	01	M	561 Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	3.112,92	171,02	171,02	37	122,26	1,7668
allegato 2C DPCM 29/11/2001	01	M	562 Convulsioni, età > 17 anni con CC	2.115,43	214,26	214,26	20	208,88	0,9526
sentinella	01	M	563 Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.457,42	253,35	253,35	17	202,01	0,7306
sentinella	01	M	564 Cefalea, età > 17 anni	1.373,22	139,09	139,09	23	135,60	0,6184
	04	M	565 Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	8.438,66	397,27	397,27	50	356,01	4,0374
	04	M	566 Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	8.438,66	397,27	397,27	46	356,01	2,1122

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI (HCFA-DRG Versione 24)

classe	mdc	tipo DRG	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodie	peso DRG
Alta complessità	06	C	567 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	10.679,45	8.543,59	8.543,59	47	283,83	3,8842
	06	C	568 Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	10.679,45	8.543,59	8.543,59	48	283,83	3,5475
	06	C	569 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	10.158,86	1.978,73	1.978,73	50	250,18	3,3881
Alta complessità	06	C	570 Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	8.273,78	1.611,55	1.611,55	45	203,76	2,7406
	06	M	571 Malattie maggiori dell'esofago	3.312,01	228,64	228,64	24	228,42	1,0881
sentinella	06	M	572 Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	2.095,29	198,84	198,84	20	157,92	0,9446
	11	C	573 Interventi maggiori sulla vescica	11.623,68	2.634,19	2.634,19	43	266,74	3,5032
allegato 2C DPCM 29/11/2001	16	M	574 Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	2.762,61	311,08	311,08	27	331,46	1,1305
	18	M	575 Seticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	6.980,00	341,12	341,12	65	346,04	4,7782
	18	M	576 Seticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	4.534,37	221,60	221,60	37	224,79	1,6432
	01	C	577 Inserzione di stent carotideo	6.744,27	5.395,41	5.395,41	82	315,42	4,4004
	18	C	578 Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	8.253,09	6.602,49	6.602,49	44	171,37	2,3908
	18	C	579 Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	4.483,99	3.587,20	3.587,20			

ALLEGATO 2



TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA secondo HCFA-DRG Versione 24

Premessa

A seguito del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18/12/2008, che prevede l'adozione sull'intero territorio nazionale dal 1 gennaio 2009 rispettivamente dell'aggiornamento del sistema di classificazione ICD-9-CM 2007 per la codifica delle diagnosi e interventi utilizzati nella scheda di dimissione ospedaliera, e dell'aggiornamento della versione 24° dei DRG, la tariffazione in Regione Basilicata, relativamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera dal 2009 dovrà essere regolamentata secondo tale sistema di classificazione e relativa tariffa unica convenzionale (TUC).

L'aggiornamento del sistema di classificazione dei pazienti secondo gruppi omogenei di diagnosi, che prevede l'introduzione di 54 nuovi DRG, l'eliminazione di 24 e la modifica di 15, ha comportato la conseguente esigenza di rideterminare la tariffa di questi DRG. Successivamente, considerato inoltre la sempre più veloce evoluzione di costose tecnologie e la necessità di governare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni nei diversi regimi di erogazione, si è proceduto nel seguente modo.

Le tariffe TUC 2008, utilizzate per la mobilità interregionale, hanno rappresentato la base di partenza per le tariffe regionali.

Nota che per i **DRG chirurgici LEA** si è rimodulata la tariffa di day hospital uniformandola a quella del regime ordinario, con conseguente riduzione della tariffa stessa. Per i 27 DRG medici dell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001 (LEA) **non si contano gli accessi**.

La TUC si basa su 538 DRG raggruppati secondo 4 classi di DRG:

Alta complessità (87 raggruppamenti finali -DRG)

L'analisi per l'identificazione di tali DRG ha considerato le discipline di alta specialità individuate nel DM del 1992. Dai 72 DRG della versione 19° del grouper, si è passati con l'aggiornamento della 24° versione a 87 DRG .

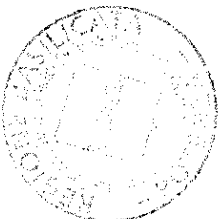
Allegato 2C DPCM 29/11/2001 (45 raggruppamenti finali -DRG)

Rappresenta un elenco di DRG che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, ossia "ad alto rischio di inappropriata" se erogati in regime di degenza ordinaria.

Eventi sentinella (55 raggruppamenti finali -DRG)

Rappresentano 55 DRG di tipo medico per i quali potrebbero essere presenti pratiche di ricovero opportunistico.

Restanti DRG (351 raggruppamenti finali -DRG)



Regole di applicazione

•Aziende miste

Sono definite Aziende miste tutte le Aziende Ospedaliere o gli istituti (compresi gli IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia. Istituti monospecialistici presso i quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso la Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo, rientrano nella definizione di Azienda Mista. In tutti i casi sopramenzionati il riconoscimento deve essere supportato da delibere regionali di finanziamento per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali. Alle Aziende miste viene riconosciuto un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca. **L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica, sulle giornate oltre soglia, e sulla tariffa giornaliera per l'attività riabilitativa/lundodegenza; gli eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) non devono essere considerati oggetto di incremento tariffario. L'incremento tariffario del 7% si applica anche alle tariffe specifiche dei trapianti.**

Attività libero professionale

Queste prestazioni (individuate con onere = 5 e 6) dovranno avere un importo pari al 60% della tariffa indicata nella TUC. Questa percentuale deve essere calcolata sull'importo "finale", comprensivo di eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) e di altri eventuali incrementi, inclusi quelli del 7% delle Aziende miste.

Protesi ed altre procedure

Per il riconoscimento economico di alcune protesi e alcune procedure di alto costo è prevista una quota tariffaria aggiuntiva alla tariffa base del DRG .

Nota bene: nelle note successive, per "codice intervento" o "codice diagnosi", qualora non venga diversamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione).

1. DRG per i quali è prevista un'aggiunta tariffaria

Protesi cocleare

(codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) **tariffa aggiuntiva € 22.188,77**

Stimolatore cerebrale

(codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) **tariffa aggiuntiva € 16.542,85**

Ombrello atriale settale

(codice intervento 35.52) associato al DRG 108; **tariffa aggiuntiva € 5.166,36**

Protesi d'anca

(codice intervento 81.53 o 81.55) associato al DRG 544 o DRG 545; **tariffa aggiuntiva € 1.343,25**

Neurostimolatore vagale

(codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate) associate ai DRG 007 e 008; **tariffa aggiuntiva per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) € 15.255**

Pompe di infusione

(codice intervento 86.06 associato alle diagnosi 781.0 o 348.1, in qualsiasi posizione siano codificate) associate ai DRG 007 e 008; **tariffa aggiuntiva € 5.085**

Trapianto di cellule staminali limbari

DRG 042 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è € 2.524,12 alla quale deve essere sommato l'importo di € 12.192,61 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (**tariffa aggiuntiva per la fornitura delle cellule staminali € 12.192,61**)

2. DRG per i quali è prevista una tariffa DRG particolare per singolo episodio di ricovero**Gamma knife**

(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco) **tariffa per caso trattato pari a € 7.627,5**

Ciber knife

(codice intervento 92.31) **tariffa per caso trattato pari a € 7.627,5**

Interventi per obesità

(codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.39 o 44.5 o 44.69 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288; **tariffa per caso trattato pari a € 4.060,89**

Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo DRG versione 24**-RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI 0/1 GIORNO (PAZIENTI TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO PER ACUTI O DECEDUTI)**

Per i DRG non chirurgici, esclusi i DRG 124, 125 e per i chirurgici di alta complessità la remunerazione da corrispondere è pari a due volte la tariffa specifica per DRG riportata nella colonna (b) solo per modalità di dimissione = 1 e 6. Per i restanti casi tale tariffa non dovrà essere duplicata.

-RICOVERI IN REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AL VALORE SOGLIA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica colonna (a) ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia (colonna d) e la tariffa "pro die" della colonna (e). Questa regola vale anche nel caso dei trapianti sia individuati da un DRG specifico che da un codice di intervento.

-RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

La tariffa prevista per il day hospital colonna (c), è da intendersi per accesso qualora il DRG sia di tipo non chirurgico. Fanno eccezione a tale regola

- i DRG medici 124, 125 (tariffa DRG specifica a caso trattato);
- i DRG di tipo chirurgico (tariffa DRG specifica a caso trattato);
- i DRG medici dell'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001 (tariffa DRG specifica a caso trattato).

-TARIFFE PER I RICOVERI RIABILITATIVI E DI LUNGODEGENZA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dal prodotto della tariffa giornaliera per il numero di giornate o accessi. Si precisa, come evidenziato nel tariffario allegato, che per i ricoveri in specialità 28 e 75 viene applicata la tariffa ordinaria per tutte le giornate di degenza, mentre per le specialità 56 e 60 la tariffa a partire dal 61°giorno è abbattuta del 40 %.

Per i ricoveri ordinari di pazienti riabilitativi transitati o dimessi da reparti per acuti e documentati da un'unica SDO, la remunerazione complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa alla fase acuta e il prodotto fra il numero delle giornate trascorse in unità operative di riabilitazione (codice 75,28,56) o di lungodegenza (codice 60) e relativa tariffa giornaliera MDC specifica.

-PSICHIATRIA

I ricoveri psichiatrici seguono le regole di tariffazione delle discipline per acuti.

ATTIVITA' DI PRELIEVO E DI TRAPIANTO DI ORGANI

Le attività di trapianto investono anche una precedente fase di osservazione, prelievo e trasporto dell'organo che non viene valorizzata attraverso i DRGs. La presente regolamentazione ha lo scopo di incentivare le attività di trapianto e riguarda esclusivamente prelievi di organi quali cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas, intestino da donatore cadavere e non comprende prelievi da donatore vivente.

Osservazione, prelievo e trasporto Qualora queste fasi siano presenti, la tariffa è convenzionalmente individuata in quella unica nazionale e con importo di Euro 2.605,55 ad organo trapiantato, come da Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994". La tariffa del trasporto, se presente, è



stata individuata in modo convenzionale e forfettario nell'importo di Euro 328,49. Se le fasi di osservazione prelievo e trasporto sono effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto, l'Azienda ASL/Ospedaliera sede dell'osservazione richiederà all'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto il rimborso dei costi sostenuti per ciascun organo alla tariffa convenzionalmente stabilita di Euro 2.934,05. Questa attività viene considerata quale acquisizione di prestazione/servizio da parte dell'Azienda che effettua il trapianto e che assicurerà il pagamento di quanto addebitato in via prioritaria entro trenta giorni dal ricevimento dell'addebito. Se la fase di trasporto viene effettuata a cura dell'Azienda ASL/Ospedaliera sede del trapianto, l'addebito riguarderà solo la fase di osservazione e quindi con un importo di Euro 2.605,55. In tutti i casi sopra descritti l'importo complessivo convenzionale è di Euro 2.934,05.

Pertanto, occorrerà aggiungere l'importo di Euro 2.934,05 o Euro 2.605,55 all'importo del DRG nei seguenti casi di ricovero:

- Trapianto cardiaco DRG 103
- Trapianto renale DRG 302
- Trapianto di fegato DRG 480
- Trapianto pancreas DRG 513
- Trapianto pancreas individuato dagli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
- Trapianto simultaneo pancreas e rene DRG 512
- Trapianto di polmone DRG 495
- Trapianto multiviscerale individuato dal codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
- Trapianto di intestino isolato individuato dal codice di intervento 46.97

L'inserimento del paziente in lista di attesa non corrisponde alla certezza di effettuare il trapianto, diversamente da qualsiasi altro intervento chirurgico programmato. Di conseguenza, le prestazioni ambulatoriali, eseguite sul paziente in lista di attesa, non rientrano nel DRG.

Si riportano di seguito le specifiche per la tariffazione di quei trapianti per i quali è necessario leggere sia i codici di intervento che il DRG. La restante attività trapiantologica, per la quale è sufficiente leggere il singolo DRG è riportata nel tariffario allegato

TRAPIANTO DI CORNEA

Il DRG 042 nei casi di trapianto di cornea (codice intervento 116 da 0 a 9)
Tariffa specifica € 2.524,12

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

Se è presente il codice di intervento 46.97 associato ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83
Tariffa specifica € 244.673,64

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

Codice di intervento 46.97 Tariffa specifica € 169.697,36

TRAPIANTO DI PANCREAS ISOLATO

Interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
Tariffa specifica € 60.963,05

Le tariffe dei trapianti (ad esclusione del midollo osseo e del trapianto di cornea) vengono



incrementate secondo le regole su indicate .

ATTIVITA' DI RICERCA E PRELIEVO PER TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
solo per donatori consanguinei

Le attività di trapianto di midollo osseo sono precedute dalla fasi di ricerca del donatore e del prelievo cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione/Asl di residenza dell'assistito ricevente. La presente regolamentazione è valida per le ricerche ed i prelievi su donatori consanguinei.

Ricerca del donatore

Le analisi relative all'iscrizione dei pazienti ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione/Asl di residenza. Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale, anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione/Asl di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. La struttura che effettua le indagini fatturerà tali prestazioni direttamente alla ASL/UULS/USL di residenza del paziente candidato ricevente secondo le tariffe previste dal nomenclatore regionale. Le informazioni necessarie per tali fatturazioni sono acquisibili tramite il Registro che ha richiesto le ulteriori ricerche di compatibilità.

La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo (in regime ordinario di più di 1 giorno)

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09 ; la tariffa è di Euro 37.830,15. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico (in regime ordinario di più di 1 giorno)

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 87.291,52. La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche:

- DRG 467
- Diagnosi V593 donatore di midollo osseo
- Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto
- Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali
- Intervento 9979 altra aferesi terapeutica

dovranno essere inviati con onere della degenza='9' e ad importo zero.

Nei casi in cui la regione/Asl sede del prelievo sia diversa dalla regione/Asl sede del trapianto, la struttura in cui viene effettuato il prelievo fatturerà direttamente alla struttura sede del trapianto l'importo di Euro 1.330,24.



Tutti gli oneri relativi all'eventuale trasporto sono a carico della struttura che effettua il trapianto, esclusivamente per i prelievi effettuati in Italia.

ATTIVITA' DI RICERCA E REPERIMENTO DI CSE (MIDOLLARI, CORDONALI E PERIFERICHE) AI FINI DI TRAPIANTO per donatori non consanguinei

Le attività di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) sono precedute dalle fasi di ricerca e di reperimento i cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla regione/Asl di residenza dell'assistito ricevente. La presente regolamentazione, valida **a partire dalle ricerche attivate dal 1° febbraio 2007** ai sensi dell'Accordo Stato/Regioni del 5.10.2006 (prov. n. 2637), riguarda gli aspetti legati ad attività di ricerca e reperimento di cse midollari, cordonali e periferiche ai fini di trapianto in Italia da donatori non consanguinei (midollare e periferico) e da banche cordonali. **Per le ricerche e i prelievi effettuati su donatori consanguinei restano in vigore le norme precedenti.**

Ricerca di CSE (midollari, cordonali e periferiche)

Le analisi relative all'iscrizione dei donatori ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni/Asl ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione/Asl di residenza. Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale (IBMDR), anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione/Asl di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. L'attivazione della ricerca verrà condivisa dal Galliera, ove ha sede l'IBMDR, con l'Azienda USL di residenza del paziente ricevente per il quale tale ricerca viene attivata tramite l'acquisizione di apposita informativa. I Centri che effettuano le indagini sui candidati donatori e il centro che effettuerà la prestazione legata al prelievo di cellule staminali o le banche di cellule staminali cordonali fattureranno tali prestazioni direttamente a: Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera" - Gestione I.B.M.D.R. - Via Volta 19/5 16128 Genova cod. fiscale e partita I.V.A.: 00557720109 utilizzando il tariffario predisposto dall'I.B.M.D.R. e di seguito riportato. Tutte le prestazioni ambulatoriali legate all'attività di ricerca verranno inviate ad importo zero perché già fatturate all'IBMDR. La tariffa del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziata per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo

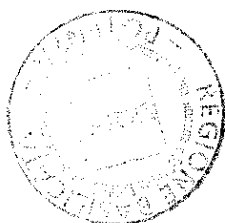
Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09; la tariffa è di Euro 37.830,15. Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo.

Trapianto allogenico

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08; la tariffa è di Euro 87.291,52.

Prelievo di CSE midollari

I record relativi a ricoveri per prelievo riconducibili alle seguenti specifiche: DRG 467, diagnosi V593 donatore di midollo osseo Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali Intervento 9979 altra aferesi terapeutica dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e ad importo zero o comunque così verranno considerati perché già fatturato all'IBMDR. La Regione Liguria in sede di ripartizione del fondo sanitario riceverà un anticipo degli importi necessari all'IBMDR per il pagamento delle attività di ricerca.



ALLEGATO 3



I fenomeni a rischio di inappropriata nelle diverse aree di ricovero ospedaliero

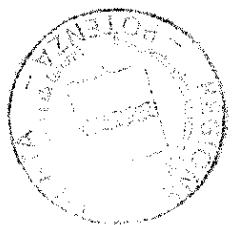
AREA	FENOMENI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA
Chirurgica	Utilizzo del regime di ricovero per procedure eseguibili a livello ambulatoriale
	Utilizzo del regime di ricovero di due o più giorni per procedure eseguibili a livello di day surgery o one day surgery con conseguente aumento del valore del ricovero
	Effettuazione di prestazioni non incluse nei LEA come quelle di chirurgia refrattiva
Medica (reparti per acuti, compresi i ricoveri per DRG medici nei reparti chirurgici)	Utilizzo del regime di ricovero ordinario per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale o di day hospital
	Utilizzo del regime di day hospital per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale
Oncologica	Utilizzo del regime di ricovero anziché del regime ambulatoriale per trattamenti radioterapici
Riabilitativa	Utilizzo del regime di ricovero ordinario per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale o residenziale
	Degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace ed appropriato per il livello di erogazione
	Degenze troppo lunghe rispetto ad una durata attesa
	Dimissione anticipata dal reparto per acuti e immediato trasferimento in un reparto di riabilitazione con "ottimizzazione" del valore del ricovero
	Utilizzo del regime di day hospital per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale
	Utilizzo del reparto di riabilitazione come reparto "scambiatore" per moltiplicare il numero dei ricoveri addebitati a fronte di un unico episodio di cura
	Registrazione come ricovero di una consulenza riabilitativa presso un reparto per acuti
Tutte le aree	Attribuzione artificiosa del ricovero al DRG più "conveniente"
	Utilizzo scorretto del passaggio dal regime di ricovero ordinario a quello di day hospital e viceversa in ricoveri consecutivi (dimissione dal primo reparto e ammissione nel secondo nella stessa giornata o nella giornata successiva)
	Ricoveri ordinari consecutivi (vedi sopra) in reparti per acuti

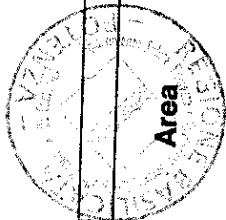
Ovviamente ogni Azienda è tenuta ad effettuare controlli sulla produzione ospedaliera corrispondenti a quelli previsti dagli atti regionali e nazionali sulla produzione interna. In particolare si potranno effettuare anche le seguenti verifiche:

- nel caso di DRG di alta specialità, evidenziare le seguenti possibili anomalie:
 - o I casi con degenza breve (≤ 3 notti);
 - o I casi di ricoveri ripetuti;
 - o I casi eseguiti in unità operative di discipline non assimilabili (ad esempio intervento di alta specialità ortopedica eseguito in chirurgia generale).



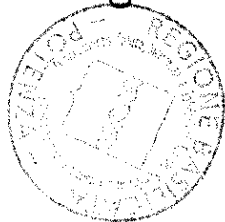
ALLEGATO 4





Indicatori di potenziale inappropriatezza nell'attività di ricovero ospedaliero

Area	Codice	Indicatore	Valore soglia	Numero minimo casi al denominatore	Livello di elaborazione	Note
Chirurgia	C1 (09)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Generale	20% ¹⁾	20	Reparto	
	C1 (13)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Toracica	20% ¹⁾	20	Reparto	
	C1 (14)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Chirurgia Vascolare	20% ¹⁾	20	Reparto	
	C1 (34)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Oculistica	15% ¹⁾	20	Reparto	
	C1 (36)	Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Ortopedia-Traumatologia	20% ¹⁾	20	Reparto	Occorre tenere conto dei reparti specializzati per il trattamento delle osteomieliti (codice diagnosi 750)



C1 (38)

Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Otorinolaringoiatria

15%¹⁾

20

Reparto

C1 (43)

Percentuale pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con DRG medico sul totale dei dimessi (ordinari medici più tutti i chirurgici) nei reparti di Urologia

30%¹⁾

20

Reparto

C2

Numero di pazienti con DRG 42, intervento principale codice 1179 e diagnosi principale di ipermetropia o miopia o astigmatismo
Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Endocrinologia

5

Struttura

La chirurgia refrattiva è solo in alcuni casi nei LEA

Medica M1 (19)

Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Endocrinologia

30%

20

Reparto

M2 (19)

Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Endocrinologia

40%

20

Reparto

M3 (26)

Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Medicina Generale

20%

20

Reparto

M4 (26)

Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Medicina Generale

30%

20

Reparto

M5 (32)

Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Neurologia

30%

20

Reparto

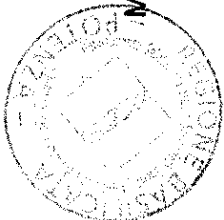
M6 (32)

Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Neurologia

40%

20

Reparto



M7 (58)

Percentuale di ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA nei reparti di Gastroenterologia

30%

20

Reparto

M8 (58)

Percentuale di ricoveri ordinari brevi di 2-3 giorni sul totale dei ricoveri ordinari per DRG medico di due o più giorni nei reparti di Gastroenterologia

40%

20

Reparto

Riabilitativa
(reparti cod.
56)

R1

Percentuale di ricoveri in DH sul totale dei ricoveri

R2

Percentuale di ricoveri ordinari con durata di meno di 10 giorni

10%

20

Reparto

I ricoveri brevi sono ad alto rischio di inappropriatazza. Si utilizza come indicatore un numero assoluto perché si tratta di un fenomeno che dovrebbe essere eccezionale. Vedi sopra

Tutti i reparti
per acuti

RA 1

Numero ricoveri ordinari consecutivi a un ricovero ordinario in un reparto per acuti della stessa struttura.

5

-

Struttura

RA 2

Numero ricoveri in DH consecutivi a un ricovero ordinario in un reparto per acuti della stessa struttura

5

-

Struttura

(1) Incrementato del 5% nel caso di struttura con attività di Pronto Soccorso

ALLEGATO 5

Prestazioni di emergenza per non residenti in Regione Basilicata

Per il servizio 118, essendo il costo relativo totalmente a carico del Fondo Sanitario Regionale, la tariffa per interventi a favore di non residenti viene addebitata alla Regione competente attraverso la procedura della mobilità, anche nel caso in cui all'intervento segua il ricovero.

In base alla valutazione sull'incremento dei costi e all'analisi dei dati di contabilità analitica viene introdotta una tariffa per i trasporti di emergenza:

Struttura erogante	Tariffa forfettaria
Elisoccorso attraverso il servizio 118	Euro 6.080 per intervento anche se seguito da ricovero
Autoambulanza attraverso il servizio 118	Euro 232,41 per intervento anche se seguito da ricovero

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



Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

C. Pautasso

IL PRESIDENTE

[Signature]

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 9-6-09
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luongo

