

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 22 gennaio 2014

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

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 1599.

Aggiornamento tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla DGR n. 957 del 4 settembre 2013.

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 1599.

Aggiornamento tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla DGR n. 957 del 4 settembre 2013.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta della Presidente Catuscia Marini;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) della dichiarazione del dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- d) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

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

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

Visto l'art. 8-sexies del sopra richiamato decreto legislativo n. 502/1992;

Richiamata la legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 recante: «*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*» convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto inoltre l'art. 15, comma 13, lettera g) che modifica l'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie, con l'introduzione del comma 1-bis disponendo che: «*Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato*»;

Considerato che il comma 15 del citato articolo stabilisce che, in deroga alla procedura prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, con decreto del Ministro della Salute, entro il 15 settembre 2012, sono determinate le tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del medesimo decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto inoltre il comma 17 il quale prevede che: «*gli importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle Regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile*»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, recante «*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*», che individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

Visto l'art. 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui dispone che, ferma restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente e dispone che sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio;

Visto il decreto del Ministro del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008 recante «*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*»;

Visto l'art. 1, comma 18, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 in base al quale le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero, sono remunerate dalla tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso;

Visto il Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario n. 8 della Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, recante: «*Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*»;

Richiamato l'art. 2, comma 4, del citato DM 18 ottobre 2012 che prevede: "... (omissis) le Regioni, possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio";

Stabilito che, ai fini della determinazione della tariffa aggiuntiva di cui al punto precedente, sono stati adottati i valori previsti dall'ultimo Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Conferenza delle Regioni in data 16 maggio 2013;

Ritenuto, in fase di prima applicazione, di adottare, per l'assistenza ospedaliera, le tariffe massime previste dal DM 18 ottobre 2012 per tutte le strutture erogatrici, indipendentemente dalle caratteristiche organizzative e di attività, delle quali si terrà conto nella determinazione della remunerazione a funzione, nel rispetto di quanto previsto dal comma 1-bis dell'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992;

Visto il comma 2 dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992, come integrato dall'art. 8, comma 1, lettera b), del decreto legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 3, il quale stabilisce che, in sede di definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le Aziende ospedaliero-universitarie e dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, sono indicati, tra l'altro: il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo e la modalità con cui viene garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni;

Vista la legge regionale n. 18/2012 e s.m.i. relativa all'ordinamento del Servizio Sanitario Regionale;

Richiamate le deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 1950 del 9 dicembre 2004: "Revisione tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1502 del 30 ottobre 2002";
- n. 199 del 10 febbraio 2005: "Rettifica tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1950 del 9 dicembre 2004";
- n. 2019 del 22 novembre 2006: "Revisione tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1950 del 9 dicembre 2004";
- n. 1852 del 22 dicembre 2008: "Revisione tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 2019 del 22 novembre 2006";
- n. 298 del 9 marzo 2009: "Tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1852 del 22 dicembre 2008 - adozione definitiva";
- n. 886 del 29 luglio 2013: "Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende U.S.L. e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013";
- n. 957 del 4 settembre 2013: "Tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al DM Salute 18 ottobre 2012";

Visti:

— le leggi n. 122/2010 e n. 111/2011 che hanno introdotto riduzioni del fabbisogno del SSN così come definito dal Patto per la Salute a fronte di manovre di potenziale riduzioni delle spese;

— il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 che all'art. 15, comma 22, prevede una ulteriore riduzione del fabbisogno del SSN di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013 e 2.000 milioni di euro per l'anno 2014;

Tenuto conto che, al fine di coinvolgere i rappresentanti e i tecnici delle Aziende sanitarie regionali, la Direzione regionale Salute e coesione sociale ha istituito un apposito gruppo di lavoro sulla revisione del sistema tariffario composto da referenti di tutte le Aziende sanitarie regionali e della Direzione Salute;

Richiamata la deliberazione n. 886 del 29 luglio 2013 avente ad oggetto: "Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende U.S.L. e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013";

Considerato che con la sopra richiamata DGR n. 886/2013 la Giunta regionale ha stabilito di applicare, a decorrere dal 1° settembre 2013, il tariffario nazionale di cui al DM 18 ottobre 2012, limitatamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera e per tutte le strutture erogatrici, indipendentemente dalle caratteristiche organizzative e di attività, riservando ad eventuali successivi provvedimenti la regolamentazione complessiva del sistema tariffario;

Considerato che con DGR n. 957 del 4 settembre 2013 è stato confermato quanto già disposto con D.G.R. n. 886/2013 in ordine all'adozione, con decorrenza dalle dimissioni ospedaliere del 1° settembre 2013, del tariffario nazionale di cui al D.M. 18 ottobre 2012, limitatamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera rese da soggetti pubblici o strutture erogatrici private accreditate che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale;

Preso atto delle richieste di chiarimento pervenute dal gruppo regionale sulla revisione del sistema tariffario composto da referenti di tutte le Aziende sanitarie regionali e della Direzione Salute in merito all'applicazione del tariffario di cui alla DGR sopra richiamata;

Dato atto che il gruppo regionale, le case di cura private e le organizzazioni rappresentative di queste ultime

hanno condiviso le modifiche tariffarie relative alle criticità segnalate, definite in base a quanto proposto per la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) 2013 dal sottogruppo tecnico interregionale della mobilità sanitaria, riunitosi nel mese di novembre 2013, che ha riconfermato alcuni dei criteri già in vigore per la TUC 2012;

Dato atto di aggiornare, per le motivazioni sopra esposte e secondo quanto condiviso con il gruppo regionale sulla revisione del sistema tariffario, il tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla DGR n. 957 del 4 settembre 2013, a partire dal 1° gennaio 2014, per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati accreditati da applicare, in relazione ai volumi di finanziamento e budget definiti con la sopra richiamata DGR n. 886/2013;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'assessore, corredati dei visti prescritti dal regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di applicare, con decorrenza dalle dimissioni ospedaliere del 1° gennaio 2014, il tariffario base riportato nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, rese da soggetti pubblici o strutture erogatrici private accreditate che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale;

3) di prevedere che il tariffario di cui al precedente punto 2) debba essere adottato da tutte le strutture erogatrici, indipendentemente dalle caratteristiche organizzative e di attività, delle quali si terrà conto nella determinazione della remunerazione a funzione nel rispetto di quanto previsto dal comma 1-bis dell'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992;

4) di prevedere, conformemente a quanto stabilito dall'art. 2, comma 4, del D.M. 18 ottobre 2012, una remunerazione aggiuntiva per i costi associati all'utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo, limitatamente agli erogatori espressamente individuati e per quantitativi massimi espressamente indicati negli accordi/contratti che verranno stipulati tra le Aziende sanitarie e le strutture erogatrici;

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

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

- la tariffa regressiva di cui al punto precedente si applica, così come già previsto, al volume finanziario programmato complessivo, comprensivo delle prestazioni erogate a pazienti residenti in altre regioni;

6) di stabilire inoltre che, per la remunerazione ai soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente;

7) di stabilire che il nuovo sistema tariffario, oggetto del presente atto, viene sottoposto ad un attento monitoraggio da parte della Direzione regionale Salute e coesione sociale che ne verificherà sia la corretta applicazione che gli effetti sull'appropriatezza delle prestazioni rese;

8) di riservarsi l'adozione di eventuali, successivi, provvedimenti atti a regolamentare il complesso del sistema tariffario;

9) di disporre la pubblicazione del presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria e nel sito web della Direzione regionale Salute e coesione sociale.

La Presidente
MARINI

(su proposta della Presidente Marini)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Aggiornamento tariffario base per prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla DGR n. 957 del 4 settembre 2013.**

L'art. 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 disciplina i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale; prevede, in particolare, che tali strutture vengano finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Inoltre, ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, prevede che le funzioni assistenziali

vengano remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le altre attività in base a tariffe previste per prestazione.

Il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 recante: «*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*» convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135 prevede all'art. 15, comma 15, che in deroga alla procedura prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, con Decreto del Ministro della Salute, entro il 15 settembre 2012 vengano determinate le tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate.

In particolare i commi 15, 16, 17 e 18, introducono una procedura, in deroga a quella vigente, per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, al fine di garantire un quadro certo di riferimento delle tariffe per le Regioni e le Province autonome, da ritenersi essenziale nell'ambito della complessiva corretta programmazione e gestione sanitaria.

Più precisamente:

— il comma 15 stabilisce che, con Decreto del Ministro della Salute, entro il 15 settembre 2012, sono determinate le tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del medesimo decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

— il comma 16 prevede che «*le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica*»;

— il comma 17 dispone che: «*gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile*».

Inoltre l'art. 15, comma 13, lettera g) del decreto legge n. 95/2012 modifica l'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di remunerazione delle prestazioni sanitarie, con l'introduzione del comma 1-bis disponendo che: «*Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato*».

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante «*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*» individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

L'art. 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, dispone che, ferma restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente e dispone che sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

Il Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario n. 8 della Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013: «*Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*», all'art. 2, comma 4, reca «*... (omissis) le Regioni, possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio*».

Annualmente viene approvato dalla Conferenza delle Regioni l'accordo che regola la compensazione della mobilità interregionale; pertanto, ai fini della determinazione della tariffa aggiuntiva di cui sopra, vengono adottati i valori previsti dall'ultimo Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Conferenza delle Regioni in data 16 maggio 2013.

Inoltre, l'art. 4, comma 2, del citato DM 18 ottobre 2012 prevede la possibilità per le Regioni di articolare le proprie tariffe per classi di erogatori, riconoscendo tariffe inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento istituzionale, di minore complessità.

Si ritiene opportuno inoltre adottare le tariffe massime previste dal DM 18 ottobre 2012 per tutte le strutture erogatrici, indipendentemente dalle caratteristiche organizzative e di attività, delle quali si terrà conto nella determinazione della remunerazione a funzione nel rispetto di quanto previsto dal comma 1-bis dell'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992.

A tale proposito, al fine di coinvolgere i rappresentanti e i tecnici delle Aziende sanitarie regionali, è stato istituito un apposito gruppo di lavoro sulla revisione del sistema tariffario composto da referenti di tutte le Aziende sanitarie regionali e della Direzione Salute.

Durante lo scorso mese di luglio, la Direzione regionale Salute e coesione sociale ha tenuto una serie di riunioni di confronto sia con le Direzioni generali delle Aziende sanitarie che con i rappresentanti delle case di cura private e le loro organizzazioni rappresentative.

A seguito dei lavori sopra descritti, con deliberazione n. 886 del 29 luglio 2013 avente ad oggetto: «*Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende U.S.L. e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013*» la Giunta regionale ha disposto: «*di applicare, a decorrere dal 1° settembre 2013, il tariffario nazionale di cui al DM 18 ottobre 2012, limitatamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera (Allegato n. 1) e per tutte le strutture erogatrici, indipendentemente dalle caratteristiche organizzative*».

e di attività, riservando ad eventuali successivi provvedimenti la regolamentazione complessiva del sistema tariffario». Tale provvedimento è stato notificato ai direttori delle Aziende sanitarie regionali, delle case di cura private e delle organizzazioni rappresentative di queste ultime con nota del 22 agosto 2013 (prot. n. 0112988).

Con DGR n. 957 del 4 settembre 2013 è stato confermato quanto già disposto con DGR. n. 886/2013 in ordine all'adozione, con decorrenza dalle dimissioni ospedaliere del 1° settembre 2013, del tariffario nazionale di cui al D.M. 18 ottobre 2012, limitatamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera rese da soggetti pubblici o strutture erogatrici private accreditate che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale.

Il gruppo regionale sulla revisione del sistema tariffario composto da referenti di tutte le Aziende sanitarie regionali e della Direzione Salute ha richiesto chiarimenti nell'applicazione del tariffario di cui alla DGR sopra richiamata.

Con nota PEC prot. n. 0158673-2013 del 20 novembre 2013 sono state fornite le prime indicazioni in merito ai chiarimenti richiesti rinviando la risoluzione di alcune criticità (tariffe mancanti con casistica appropriata presente, trattamenti dell'ernia discale, tariffe oltre soglia, tariffe della riabilitazione, ecc.) a successivi provvedimenti da emanare per l'anno 2014 in ordine al complesso del sistema tariffario.

Nel mese di novembre 2013 sono ripresi i lavori del sottogruppo tecnico interregionale della mobilità sanitaria che si occupa dell'applicazione della Tariffa Unica Convenzionale (TUC) 2013. Il sottogruppo sopra indicato, che si è riunito il giorno 25 novembre 2013, ha riproposto per la TUC 2013 alcuni criteri già utilizzati per il 2012; tra questi sono ricomprese anche le criticità sulle quali la Regione Umbria intendeva dare indicazioni.

Al fine di valutare l'impatto delle modifiche proposte per l'attività erogata dalle strutture della Regione, è stata effettuata una simulazione sui dati 2013 (stimati per gli ultimi tre mesi per i quali il dato non è ancora disponibile). Alla casistica così costituita sono stati applicati, ai fini del confronto, il tariffario di cui alla DGR n. 957 del 4 settembre 2013 e il medesimo tariffario modificato con le regole della TUC 2013 in fase di approvazione.

L'analisi di tali dati è stata valutata dal gruppo regionale suddetto che ha condiviso le soluzioni proposte e che di seguito si elencano:

— per i casi con **codice di procedura 80.59** relativi ai trattamenti per discolisi con ozono, laser o radiofrequenza - tariffa pari a € 500,00;

— **DRG 323 M "calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni"** per i casi trattati in day hospital o ordinario di un giorno, in presenza del codice di procedura "98.51 litotripsia rene uretere", in qualsiasi posizione venga codificato - tariffa per caso trattato pari a € 550,00;

— definizione della tariffa dei **DH dei DRG che ne erano sprovvisti**;

— definizione dei **valori soglia** per i DRG che seguono:

DRG 557 interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore;

DRG 558 interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore;

DRG 559 ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici;

DRG 577 inserzione di stent carotideo;

— per la casistica di riabilitazione trattata dai reparti **codice 28 (Unità spinale)** e **codice 75 (Neuroriabilitazione)** ricompresa nella MDC 1 in degenza ordinaria - tariffa giornaliera di 470 euro senza limite di giornate di degenza.

Per tale motivo si ritiene opportuno modificare l'applicazione del tariffario regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera di cui alla DGR n. 957 del 4 settembre 2013 come sopra indicato, a partire dal 1° gennaio 2014.

Tutto ciò premesso e considerato si propone alla Giunta regionale l'adozione di un provvedimento con il quale si stabilisca:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

Allegato n. 1

**TARIFFARIO BASE PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI, per TIPO DI RICOVERO (euro)

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRg (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasferiti o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
1	1C	1C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	15.085	3.616	3.049	314	53
2	1C	1C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11.872	3.367	2.400	304	34
3	1C	1C	Craniotomia, età < 18 anni	8.860	2.370	1.786	213	40
6	1C	1C	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	118	4
7	1C	1C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10.658	2.383	2.585	252	39
8	1C	1C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.326	1.331	1.96	196	10
9	1M	1M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	3.589	522	329	219	24
10	1M	1M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.332	445	152	152	33
11	1M	1M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.316	437	298	164	32
12	1M	1M	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.850	367	196	131	23
13	1M	1M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.419	331	188	96	17
14	1M	1M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	442	239	159	30
15	1M	1M	Malattie cerebrovascolari acute specifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.967	427	234	156	23
16	1M	1M	Malattie cerebrovascolari specifiche con CC	4.553	477	226	147	24
17	1M	1M	Malattie cerebrovascolari specifiche senza CC	2.549	378	226	151	17
18	1M	1M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.353	405	223	149	24
19	1M	1M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	324	197	101	20
21	1M	1M	Meningite virale	2.629	308	215	143	22
22	1M	1M	Encefalopatia ipertensiva	2.989	576	298	199	14
23	1M	1M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.489	430	263	175	27
26	1M	1M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.729	376	231	154	10
27	1M	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.986	624	329	239	28
28	1M	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.118	562	284	213	27
29	1M	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3.180	478	371	216	18
30	1M	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 18 anni	1.409	476	344	208	4
31	1M	1M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3.087	557	337	243	17
32	1M	1M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2.042	492	337	225	10
33	1M	1M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.224	483	321	214	4
34	1M	1M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.369	423	234	156	31
35	1M	1M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2.077	389	234	163	21
36	2C	2C	Interventi sulla retina	1.549	756	1.491	164	10
37	2C	2C	Interventi sull'orbita	4.930	1.574	1.910	254	17
38	2C	2C	Interventi primari sull'iride	1.536	592	1.189	113	10
39	2C	2C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	487	994	102	4
40	2C	2C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.453	734	1.615	141	7
41	2C	2C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.199	757	1.296	177	4
42	2C	2C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.641	761	1.522	143	10
43	2M	2M	Ifema	1.225	306	210	140	10
44	2M	2M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.981	273	193	128	20
45	2M	2M	Malattie neurologiche dell'occhio	2.486	403	256	171	17
46	2M	2M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.684	430	224	178	24
47	2M	2M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.051	358	224	114	14
48	2M	2M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.638	291	212	141	10
49	3C	3C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	6.619	2.424	2.472	333	35

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasferiti o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
50	3 C		Sialoadenectomia	3.607	1.495	1.805	348	11
51	3 C		Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.623	737	1.478	145	10
52	3 C		Riparazione di cheiloscisi e di palatoscisi	3.622	1.021	1.220	240	14
53	3 C		Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.798	1.676	2.009	367	7
54	3 C		Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	3.100	1.647	1.982	311	10
55	3 C		Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.485	827	1.613	145	4
56	3 C		Rinoplastica	2.573	1.453	1.726	269	7
57	3 C		Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.899	721	871	197	7
58	3 C		Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.745	749	924	195	4
59	3 C		Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	868	463	964	139	7
60	3 C		Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	588	312	653	92	4
61	3 C		Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.683	896	1.735	210	7
62	3 C		Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.162	632	1.069	167	4
63	3 C		Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4.378	1.763	2.134	264	13
64	3 M		Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.486	615	317	174	28
65	3 M		Alterazioni dell'equilibrio	953	329	198	101	13
66	3 M		Epistassi	1.575	416	231	154	13
67	3 M		Epiglottite	1.678	387	250	166	10
68	3 M		Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	1.935	315	210	140	16
69	3 M		Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.247	311	224	149	10
70	3 M		Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	662	269	165	91	7
71	3 M		Laringotracheite	625	226	162	108	10
72	3 M		Traumatismi e deformità del naso	1.853	533	333	222	10
73	3 M		Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.186	415	240	122	13
74	3 M		Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	739	316	173	95	7
75	4 C		Interventi maggiori sul torace	8.737	2.270	2.438	279	28
76	4 C		Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	9.650	1.729	1.682	237	44
77	4 C		Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4.639	1.298	1.682	237	31
78	4 M		Embolia polmonare	4.009	405	243	162	31
79	4 M		Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.744	450	222	148	40
80	4 M		Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.422	311	199	133	44
81	4 M		Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	5.768	552	345	230	27
82	4 M		Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.161	484	283	156	34
83	4 M		Traumi maggiori del torace con CC	2.619	432	268	178	20
84	4 M		Traumi maggiori del torace senza CC	1.718	402	268	179	10
85	4 M		Versamento pleurico con CC	4.260	476	230	154	30
86	4 M		Versamento pleurico senza CC	2.867	380	227	151	30
87	4 M		Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.802	397	219	146	27
88	4 M		Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.600	290	170	87	21
89	4 M		Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.558	359	212	141	28
90	4 M		Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.291	282	200	134	24
91	4 M		Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.948	258	188	125	14
92	4 M		Malattia polmonare interstiziale con CC	4.481	405	234	156	27
93	4 M		Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.999	461	212	141	23
94	4 M		Pneumotorace con CC	3.265	425	245	163	27
95	4 M		Pneumotorace senza CC	1.818	343	223	148	17
96	4 M		Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.537	296	198	132	18

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasmessi o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
97	4M		Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.832	274	197	132	17
98	4M		Bronchite e asma, età < 18 anni	1.538	256	185	123	10
99	4M		Segni e sintomi respiratori con CC	2.782	337	206	134	27
100	4M		Segni e sintomi respiratori senza CC	1.484	313	206	137	14
101	4M		Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.666	353	219	138	24
102	4M		Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.724	335	219	146	13
103	0C		Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.602	0	0	602	91
104	5C		Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	24.675	9.532	14.030	419	35
105	5C		Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	20.487	7.406	8.706	375	28
106	5C		Bypass coronarico con PTCA	27.519	7.737	22.015	379	39
108	5C		Altri interventi cardiotoracici	16.419	5.226	5.372	336	37
110	5C		Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	14.208	4.598	3.562	339	33
111	5C		Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	10.500	4.399	2.950	295	24
113	5C		Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	11.031	2.206	8.824	176	57
114	5C		Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.056	1.278	1.820	174	45
117	5C		Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3.547	1.279	1.562	165	17
118	5C		Sostituzione di pacemaker cardiaco	3.232	1.708	2.007	174	7
119	5C		Legatura e stripping di vene	1.402	1.381	1.558	383	4
120	5C		Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.876	1.898	2.544	230	37
121	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.700	597	267	174	21
122	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.377	587	239	196	17
123	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	4.018	585	468	175	23
124	5M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.392	866	1.142	200	21
125	5M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.142	863	1.142	193	7
126	5M		Endocardite acuta e subacuta	10.573	868	268	179	74
127	5M		Insufficienza cardiaca e shock	3.052	416	215	143	21
128	5M		Tromboflebite delle vene profonde	2.315	340	221	147	21
129	5M		Arresto cardiaco senza causa apparente	4.000	503	308	172	32
130	5M		Malattie vascolari periferiche con CC	3.308	423	237	158	23
131	5M		Malattie vascolari periferiche senza CC	1.090	284	175	89	21
132	5M		Aterosclerosi con CC	2.443	333	205	137	20
133	5M		Aterosclerosi senza CC	990	349	193	98	17
134	5M		Iperensione	963	333	197	100	17
135	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.963	455	239	160	24
136	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.073	434	222	148	17
137	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.201	559	312	208	17
138	5M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.375	404	229	152	10
139	5M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	974	325	183	93	10
140	5M		Angina pectoris	1.870	297	193	129	14
141	5M		Sincope e collasso con CC	2.393	410	242	161	20
142	5M		Sincope e collasso senza CC	1.004	363	208	106	13
143	5M		Dolore toracico	1.399	344	221	147	10
144	5M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.910	666	259	173	23
145	5M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.097	367	220	147	21
146	6C		Resezione rettale con CC	11.203	2.539	2.311	217	45
147	6C		Resezione rettale senza CC	7.475	2.283	2.311	274	37

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (44esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasferiti o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
149	6 C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	7.113	1.986	1.280	231	28
150	6 C		Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.577	1.888	1.873	207	30
151	6 C		Lisi di aderenze peritoneali senza CC	4.378	1.539	1.873	218	17
152	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	6.051	1.382	1.622	158	33
153	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4.491	1.335	1.622	205	20
155	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.566	1.557	1.888	207	34
156	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.154	824	876	130	24
157	6 C		Interventi su ano e stoma con CC	3.808	1.010	1.007	192	21
158	6 C		Interventi su ano e stoma senza CC	1.202	1.069	1.007	126	10
159	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	4.892	1.453	1.523	198	27
160	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.371	575	1.523	94	13
161	6 C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.571	1.240	1.280	212	13
162	6 C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.168	649	1.280	137	7
163	6 C		Interventi per ernia, età < 18 anni	1.093	603	1.214	146	4
164	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	5.735	1.538	4.587	228	21
165	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	3.514	1.270	2.811	228	14
166	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.751	1.190	1.263	204	14
167	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.560	1.044	1.263	219	8
168	3 C		Interventi sulla bocca con CC	1.626	779	1.361	169	10
169	3 C		Interventi sulla bocca senza CC	1.459	687	1.361	161	7
170	6 C		Altri interventi sull'apparato digerente con CC	8.810	1.814	1.578	190	47
171	6 C		Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.498	1.278	1.578	193	31
172	6 M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.550	691	303	167	37
173	6 M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.564	493	274	151	28
174	6 M		Emorragia gastrointestinale con CC	3.317	614	238	159	21
175	6 M		Emorragia gastrointestinale senza CC	2.091	403	216	144	17
176	6 M		Ulcera peptica complicata	3.230	579	236	157	20
177	6 M		Ulcera peptica non complicata con CC	3.148	504	230	153	21
178	6 M		Ulcera peptica non complicata senza CC	2.269	383	224	150	17
179	6 M		Malattie infiammatorie dell'intestino	3.236	426	243	162	27
180	6 M		Occlusione gastrointestinale con CC	2.841	383	228	152	23
181	6 M		Occlusione gastrointestinale senza CC	1.732	300	210	140	14
182	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.465	368	222	148	20
183	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	959	295	179	91	13
184	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	785	259	156	85	7
185	3 M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.051	453	269	180	18
186	3 M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.595	345	241	161	10
187	3 M		Estrazioni e riparazioni dentali	775	545	281	143	7
188	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.215	504	238	159	24
189	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	855	315	178	91	14
190	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.634	344	214	142	7
191	7 C		Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.929	3.427	2.583	353	57
192	7 C		Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	9.558	2.499	2.583	316	37
193	7 C		Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	13.509	2.660	2.449	238	60
194	7 C		Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.789	1.993	2.449	225	51

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasmessi o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
195	7 C		Colectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.574	1.989	2.170	176	40
196	7 C		Colectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.007	1.770	2.170	182	24
197	7 C		Colectomia con laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	8.596	1.781	6.876	185	40
198	7 C		Colectomia con laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.293	1.383	4.234	186	24
199	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.902	1.824	2.392	195	45
200	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	7.535	1.657	2.297	226	50
201	7 C		Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.585	2.391	3.398	301	51
202	7 M		Cirrosi e epatite alcolica	4.013	661	277	185	27
203	7 M		Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.085	687	314	173	35
204	7 M		Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.195	396	217	145	24
205	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.760	498	236	157	27
206	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.407	324	195	99	21
207	7 M		Malattie delle vie biliari con CC	3.733	588	232	155	24
208	7 M		Malattie delle vie biliari senza CC	1.171	390	172	88	17
210	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	6.920	1.926	5.536	171	32
211	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	6.099	1.689	2.050	176	30
212	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.477	1.620	1.973	236	28
213	8 C		Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.609	1.544	2.013	194	63
216	8 C		Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.972	1.822	2.327	187	24
217	8 C		Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7.678	2.417	3.082	240	45
218	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.686	2.011	1.887	196	31
219	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.405	1.572	1.887	209	20
220	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.286	1.090	1.298	178	17
223	8 C		Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.041	1.580	1.889	258	4
224	8 C		Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.391	1.330	1.590	237	13
225	8 C		Interventi sul piede	2.759	1.388	1.684	217	7
226	8 C		Interventi sui tessuti molli con CC	4.764	1.361	1.759	209	24
227	8 C		Interventi sui tessuti molli senza CC	1.555	754	1.499	138	10
228	8 C		Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.767	847	1.686	156	10
229	8 C		Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.266	657	1.296	143	7
230	8 C		Esoissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.034	1.326	1.653	206	13
232	8 C		Artroscopia	1.361	851	1.512	148	7
233	8 C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.191	2.025	2.296	169	34
234	8 C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.629	1.903	2.296	243	13
235	8 M		Fratture del femore	1.985	346	189	126	23
236	8 M		Fratture dell'anca e della pelvi	2.278	337	202	135	21
237	8 M		Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.985	302	188	125	17
238	8 M		Osteomielite	5.378	517	246	164	44
239	8 M		Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.649	437	276	151	30
240	8 M		Malattie del tessuto connettivo con CC	4.147	772	287	191	30
241	8 M		Malattie del tessuto connettivo senza CC	1.497	400	201	102	20
242	8 M		Artrite settica	3.873	433	230	154	40
243	8 M		Affezioni mediche del dorso	1.199	335	195	100	21
244	8 M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.563	345	208	139	23
245	8 M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.038	308	191	98	28
246	8 M		Artropatie non specifiche	2.106	302	200	133	20

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasteriti o deceduti)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
247	8M		Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.745	322	214	143	17
248	8M		Tendinite, miosite e borsite	1.178	304	173	88	23
249	8M		Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.209	442	217	111	18
250	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.472	368	191	150	16
251	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	753	322	191	97	7
252	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	547	339	190	104	4
253	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.429	383	169	152	24
254	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	773	297	169	86	10
255	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.406	300	198	132	7
256	9C		Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	940	445	237	121	14
257	9C		Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	3.948	1.422	1.771	251	14
258	9C		Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.341	1.461	1.771	272	14
259	9C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.717	1.113	1.362	244	13
260	9C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.354	1.174	1.362	289	10
261	9C		Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.709	1.630	1.960	271	10
262	9C		Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.069	568	1.162	143	7
263	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.107	1.330	1.266	201	37
264	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.254	923	1.266	201	37
265	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.130	1.656	1.733	268	17
266	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.622	878	1.733	156	10
267	9C		Interventi perianali e pilonidali	1.587	723	872	187	7
268	9C		Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.205	1.087	2.156	212	10
269	9C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5.878	1.204	1.099	196	31
270	9C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.225	535	1.099	127	7
271	9M		Ulcere della pelle	4.290	493	269	179	30
272	9M		Malattie maggiori della pelle con CC	3.221	187	124	124	27
273	9M		Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	257	180	120	20
274	9M		Neoplasie maligne della mammella con CC	3.983	399	259	142	34
275	9M		Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	289	237	130	17
276	9M		Patologie non maligne della mammella	828	297	173	88	10
277	9M		Cellulite, età > 17 anni con CC	3.353	359	222	148	30
278	9M		Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.090	300	215	143	21
279	9M		Cellulite, età < 18 anni	1.638	271	194	129	10
280	9M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.790	385	268	162	17
281	9M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	901	421	268	137	7
282	9M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	837	418	244	134	4
283	9M		Malattie minori della pelle con CC	1.503	295	162	83	20
284	9M		Malattie minori della pelle senza CC	728	238	153	78	13
285	10C		Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	7.698	1.569	2.320	187	59
286	10C		Interventi sul surrene e sulla ipofisi	2.695	2.047	2.115	267	27
287	10C		Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.770	1.271	1.804	184	34
288	10C		Interventi per obesità	5.681	2.089	2.518	226	17
289	10C		Interventi sulle paratiroidi	2.926	1.130	1.369	244	11
290	10C		Interventi sulla tiroide	3.340	1.373	1.658	326	11
291	10C		Interventi sul dotto tiroglossa	2.573	1.121	1.348	301	7
292	10C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.959	2.181	1.886	272	27
293	10C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.308	1.524	1.886	244	14

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasferiti o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
294	10 M		Diabete, età > 35 anni	1.391	390	236	121	20
295	10 M		Diabete, età < 36 anni	1.162	282	160	88	17
296	10 M		Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.800	266	204	136	23
297	10 M		Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	373	271	127	21
298	10 M		Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.190	237	173	115	7
299	10 M		Defetti congeniti del metabolismo	1.606	437	222	113	17
300	10 M		Malattie endocrine con CC	3.337	421	246	164	20
301	10 M		Malattie endocrine senza CC	901	318	210	107	17
302	11 C		Trapianto renale	33.162	0	0	581	42
303	11 C		Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.386	2.227	2.296	252	25
304	11 C		Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.137	2.024	1.857	249	34
305	11 C		Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.953	1.531	1.857	236	20
306	11 C		Prostatectomia con CC	4.230	1.126	1.121	178	18
307	11 C		Prostatectomia senza CC	3.105	920	1.121	202	14
308	11 C		Interventi minori sulla vescica con CC	4.693	1.673	2.116	179	24
309	11 C		Interventi minori sulla vescica senza CC	3.397	1.753	2.116	183	13
310	11 C		Interventi per via transuretrale con CC	3.290	1.063	1.148	184	17
311	11 C		Interventi per via transuretrale senza CC	2.350	949	1.148	209	10
312	11 C		Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	4.825	1.206	1.499	202	17
313	11 C		Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	3.059	1.263	1.534	250	10
314	11 C		Interventi sull'uretra, età < 18 anni	3.637	1.203	1.486	194	17
315	11 C		Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.709	2.042	2.659	198	41
316	11 M		Insufficienza renale	3.734	590	260	174	27
317	11 M		Ricovero per dialisi renale	1.381	841	204	104	1
318	11 M		Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	4.006	440	283	143	34
319	11 M		Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.158	418	283	156	17
320	11 M		Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.701	355	216	144	23
321	11 M		Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.883	286	201	134	17
322	11 M		Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.422	287	213	142	11
323	11 M		Calcolosi urinaria con CC e/o litripsia mediante ultrasuoni	1.372	1.614	640	146	10
324	11 M		Calcolosi urinaria senza CC	935	314	163	83	10
325	11 M		Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.878	357	203	135	17
326	11 M		Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.075	267	161	82	10
327	11 M		Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	947	276	160	88	7
328	11 M		Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.317	395	197	123	17
329	11 M		Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	781	401	197	100	10
330	11 M		Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.284	372	199	133	7
331	11 M		Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.379	489	242	161	27
332	11 M		Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.008	336	196	100	17
333	11 M		Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.612	392	215	118	13
334	12 C		Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	7.131	1.765	5.704	260	20
335	12 C		Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	5.997	1.619	4.797	277	16
336	12 C		Prostatectomia transuretrale con CC	3.394	910	1.109	170	15
337	12 C		Prostatectomia transuretrale senza CC	2.652	911	1.109	219	11
338	12 C		Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.669	1.244	1.531	249	10
339	12 C		Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.062	614	1.193	137	7
340	12 C		Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.199	648	1.118	181	4

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza-1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasferiti o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
341	12C		Interventi su pene	3.744	1.749	2.113	182	13
342	12C		Circoscisione, età > 17 anni	864	520	960	97	4
343	12C		Circoscisione, età < 18 anni	617	392	671	73	4
344	12C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.146	1.225	1.459	198	17
345	12C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.737	637	1.331	108	17
346	12M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.592	466	263	145	35
347	12M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.432	342	238	131	10
348	12M		Iperplasia prostatica benigna con CC	2.146	357	212	141	21
349	12M		Iperplasia prostatica benigna senza CC	901	241	151	77	10
350	12M		Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.872	364	234	156	13
351	12M		Sterilizzazione maschile	0	0	0	0	0
352	12M		Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	781	424	229	117	7
353	13C		Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.203	1.916	1.894	253	22
354	13C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	6.722	1.386	1.455	197	37
355	13C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	3.959	1.185	1.455	225	15
356	13C		Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.901	1.242	1.496	244	11
357	13C		Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	6.791	1.840	1.692	222	27
358	13C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	4.317	1.293	1.436	223	15
359	13C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.027	1.183	1.436	241	11
360	13C		Interventi su vagina, cervice e vulva	1.545	690	1.382	118	10
361	13C		Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.589	1.196	1.457	214	7
362	13C		Occlusione endoscopica delle tube	1.055	646	1.173	162	4
363	13C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.555	849	1.026	199	10
364	13C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	917	527	1.019	133	4
365	13C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	2.970	1.303	1.639	249	23
366	13M		Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	4.158	476	272	149	37
367	13M		Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.041	317	219	120	21
368	13M		Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.722	350	235	157	10
369	13M		Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	725	336	179	91	7
370	14C		Parto cesareo senza CC	2.782	1.020	2.225	170	14
371	14C		Parto vaginale con CC	2.092	937	1.673	170	6
372	14M		Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.619	659	222	150	8
373	14M		Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.272	589	222	148	5
374	14C		Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.122	893	637	175	8
375	14C		Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.859	1.035	2.287	190	8
376	14M		Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.264	375	203	135	10
377	14C		Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.787	849	1.301	130	7
378	14M		Gravidanza ectopica	1.629	602	239	159	10
379	14M		Minaccia di aborto	1.376	445	177	118	10
380	14M		Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.133	422	209	139	7
381	14C		Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	989	543	1.099	149	4
382	14M		Falso travaglio	612	247	136	91	4
383	14M		Altre diagnosi preparato con complicazioni mediche	1.262	346	190	127	10
384	14M		Altre diagnosi preparato senza complicazioni mediche	763	332	150	77	14
385	15M		Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	5.435	344	418	84	4
386	15M		Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	30.738	0	532	354	135
387	15M		Prematurità con affezioni maggiori	14.151	0	514	343	51

DR	MDC	TIPO	Descrizione DRg (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasmessi o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
388	15 M		Prematurità senza affezioni maggiori	5.435	0	227	151	20
389	15 M		Neonati a termine con affezioni maggiori	3.919	0	262	175	11
390	15 M		Neonati con altre affezioni significative	1.146	0	154	103	5
391	15 M		Neonato normale	560	0	187	0	5
392	16 C		Splenectomia, età > 17 anni	6.624	1.812	1.751	211	22
393	16 C		Splenectomia, età < 18 anni	4.703	1.158	3.762	155	13
394	16 C		Altri interventi sugli organi emopoietici	4.179	1.160	1.587	183	17
395	16 M		Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.676	429	216	91	23
396	16 M		Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.190	367	247	112	13
397	16 M		Disturbi della coagulazione	2.748	583	271	181	20
398	16 M		Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	3.589	393	218	145	27
399	16 M		Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	1.704	305	192	98	17
401	17 C		Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	11.719	2.153	1.534	230	55
402	17 C		Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.944	1.183	1.534	207	24
403	17 M		Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.185	1.022	336	224	40
404	17 M		Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1.823	461	273	115	24
405	17 M		Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	11.143	2.309	267	401	86
406	17 C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.178	2.411	1.993	236	43
407	17 C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.668	1.625	1.993	246	27
408	17 C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.384	1.923	2.427	332	13
409	17 M		Radioterapia	1.471	602	353	180	31
410	17 M		Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.792	496	371	156	7
411	17 M		Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	868	220	154	64	13
412	17 M		Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	734	337	230	97	10
413	17 M		Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.788	555	319	175	41
414	17 M		Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2.876	322	226	124	32
417	18 M		Setticemia, età < 18 anni	3.176	459	293	195	17
418	18 M		Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.508	398	221	147	23
419	18 M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.710	398	228	152	20
420	18 M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.086	318	219	146	21
421	18 M		Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.184	340	221	147	14
422	18 M		Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.660	287	209	139	10
423	18 M		Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.155	546	266	177	24
424	19 C		Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	4.963	1.550	2.029	151	39
425	19 M		Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.669	278	162	113	21
426	19 M		Nevrosi depressive	858	148	137	44	31
427	19 M		Nevrosi eccetto nevrosi depressive	757	141	137	43	27
428	19 M		Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.267	191	162	72	41
429	19 M		Disturbi organici e ritardo mentale	1.356	352	137	92	27
430	19 M		Psicosi	1.942	175	162	71	44
431	19 M		Disturbi mentali dell'infanzia	1.118	319	162	149	21
432	19 M		Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.409	289	162	104	21
433	20 C		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	664	242	170	113	4
439	21 C		Trapianti di pelle per traumatismo	4.724	1.770	2.174	213	17
440	21 C		Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.384	1.358	1.728	217	28
441	21 C		Interventi sulla mano per traumatismo	3.119	1.355	1.612	251	10
442	21 C		Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	9.945	2.217	1.457	231	51

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasmessi o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
443	21 C		Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	3.492	1.197	1.457	217	13
444	21 M		Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.877	374	233	155	21
445	21 M		Traumatismi, età > 17 anni senza CC	2.126	377	233	173	10
446	21 M		Traumatismi, età < 18 anni	1.271	368	256	171	4
447	21 M		Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.404	331	218	146	10
448	21 M		Reazioni allergiche, età < 18 anni	951	240	177	118	7
449	21 M		Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.411	374	230	153	21
450	21 M		Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.272	298	203	135	10
451	21 M		Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.056	330	214	143	4
452	21 M		Complicazioni di trattamenti con CC	3.283	564	255	170	27
453	21 M		Complicazioni di trattamenti senza CC	1.733	377	214	143	18
454	21 M		Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.593	413	282	164	18
455	21 M		Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.704	404	282	188	10
461	23 C		Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	4.924	2.067	2.537	226	21
462	23 M		Riabilitazione	1.943	414	221	147	37
463	23 M		Segni e sintomi con CC	2.870	320	209	123	31
464	23 M		Segni e sintomi senza CC	1.748	317	209	139	23
465	23 M		Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	854	842	179	221	7
466	23 M		Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	863	506	129	129	10
467	23 M		Altri fattori che influenzano lo stato di salute	652	265	134	68	10
468	0 C		Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	10.158	2.733	3.468	227	39
469	0		Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	457	104	104	83	10
470	0		Non attribuibile ad altro DRG	457	61	61	49	41
471	8 C		Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	13.244	6.837	6.579	250	30
473	17 M		Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	16.082	3.456	461	307	81
476	0 C		Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	7.369	1.903	2.496	265	20
477	0 C		Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	5.172	1.533	1.931	227	32
479	5 C		Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.742	1.851	2.258	235	21
480	0 C		Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	62.648	0	0	664	61
481	0 C		Trapianto di midollo osseo	59.806	5.707	4.666	405	46
482	0 C		Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.891	2.221	9.512	187	61
484	24 C		Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	22.206	5.899	5.310	423	73
485	24 C		Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	19.551	5.129	5.638	278	42
486	24 C		Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	19.289	4.440	4.711	311	50
487	24 M		Altri traumatismi multipli rilevanti	5.559	677	431	236	37
488	25 C		H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	27.409	4.145	3.213	304	112
489	25 M		H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	8.186	607	282	155	58
490	25 M		H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	2.458	532	261	110	31
491	8 C		Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	8.565	3.184	3.902	230	24
492	17 M		Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.576	985	353	194	51
493	7 C		Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.397	1.496	1.458	196	30
494	7 C		Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.834	1.210	1.458	211	10
495	0 C		Trapianto di polmone	72.572	0	0	321	78
496	8 C		Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.723	8.182	15.778	263	45
497	8 C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	15.069	6.600	12.055	305	35
498	8 C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	12.376	6.472	9.901	287	24

DRG	MDC	TIPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasmessi o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
499	8C		Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	6.347	1.662	1.775	241	27
500	8C		Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.672	1.457	1.775	295	14
501	8C		Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.595	2.109	7.675	248	92
502	8C		Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	5.183	1.330	4.146	187	51
503	8C		Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.808	1.024	2.009	127	7
504	22M		Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	49.026	0	0	363	108
505	22M		Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	10.835	1.446	1.733	385	71
506	22C		Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	16.494	1.774	13.195	218	87
507	22C		Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	8.421	1.531	1.488	328	65
508	22M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.825	466	931	161	67
509	22M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	3.435	434	291	194	32
510	22M		Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.228	532	676	161	53
511	22M		Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	2.311	357	218	146	24
512	0C		Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.728	0	0	470	68
513	0C		Trapianto di pancreas	61.451	0	0	270	53
515	5C		Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	16.573	9.945	9.948	222	31
518	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	3.962	2.163	2.586	167	7
519	8C		Artrodesi vertebrale cervicale con CC	12.753	3.800	10.202	298	46
520	8C		Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.916	3.088	3.183	346	17
521	20M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.728	304	197	131	27
522	20M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.882	217	173	115	45
523	20M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.436	243	177	118	24
524	1M		Ischemia cerebrale transitoria	2.543	382	237	158	17
525	5C		Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	53.272	20.044	22.638	429	47
528	1C		Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	25.812	5.457	5.218	424	48
529	1C		Interventi di anastomosi ventricolare con CC	12.891	2.348	2.606	237	75
530	1C		Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	7.816	2.049	1.580	217	33
531	1C		Interventi sul midollo spinale con CC	14.639	4.389	2.782	279	47
532	1C		Interventi sul midollo spinale senza CC	8.413	2.675	2.782	330	24
533	1C		Interventi vascolari extracranici con CC	4.806	1.566	1.734	294	20
534	1C		Interventi vascolari extracranici senza CC	4.119	1.444	1.734	311	11
535	5C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	24.098	10.757	13.735	198	41
536	5C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	21.634	10.357	12.331	216	33
537	8C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5.618	1.751	1.758	217	28
538	8C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.651	882	1.758	151	7
539	17C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	13.271	3.108	2.371	300	50
540	17C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	4.867	1.636	2.009	258	24
541	0C		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	51.919	8.266	7.808	356	117
542	0C		Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	34.546	3.032	5.195	293	104
543	1C		Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	16.777	2.898	3.392	312	51
544	8C		Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.837	3.736	4.018	205	22

DRG	MDC	TPO	Descrizione DRG (24esima revisione)	Ricoveri Ordinari durata degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata degenza 0-1 giorno (trasmessi o deceduti)	Ricoveri ordinari con durata di degenza 0-1 giorno e Ricoveri diurni	Giornate oltre il valore soglia	Valore soglia
545	8C		Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.152	4.565	5.071	261	34
546	8C		Artrosi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	19.545	9.391	15.636	279	31
547	5C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	22.125	5.499	5.955	372	39
548	5C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	19.112	5.133	5.144	366	29
549	5C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	18.154	4.742	4.566	409	28
550	5C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.674	4.082	3.691	376	20
551	5C		Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	9.384	3.606	3.653	201	31
552	5C		Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.756	2.091	2.508	166	14
553	5C		Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.039	2.644	3.445	278	49
554	5C		Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.144	2.148	2.740	227	31
555	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.207	2.062	2.473	201	17
556	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.747	2.479	2.970	174	10
557	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.128	4.098	4.901	191	14
558	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.434	4.101	4.917	174	7
559	1M		Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	6.073	608	348	201	19
560	1M		Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	8.067	653	307	205	43
561	1M		Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	6.058	517	254	169	37
562	1M		Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.289	455	246	164	20
563	1M		Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.193	450	214	109	17
564	1M		Cefalea, età > 17 anni	1.631	321	195	99	23
565	4M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	15.595	1.236	734	283	50
566	4M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6.764	637	297	198	46
567	6C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.712	2.541	10.969	214	47
568	6C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	12.418	2.263	9.934	207	48
569	6C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.793	2.659	2.686	250	50
570	6C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	11.318	2.377	2.204	233	45
571	6M		Malattie maggiori dell'esofago	3.392	593	248	165	24
572	6M		Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	3.484	459	240	160	20
573	11C		Interventi maggiori sulla vescica	14.889	3.179	3.374	240	43
574	16M		Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	3.738	657	251	167	27
575	18M		Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	21.349	1.629	1.043	276	65
576	18M		Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	5.493	559	247	165	37
577	1C		Inserzione di stent carotideo	5.795	2.651	3.172	308	4
578	18C		Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18.314	2.814	3.432	250	82
579	18C		Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	9.163	1.555	2.179	180	44

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA OSPEDALIERA, per TIPO DI RICOVERO (EURO)

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Valore soglia (gg)	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
	(per giornata)	(per giornata)		(per accesso)	(per accesso)
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	272,70	163,62	60	218,16	130,90
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	231,00	138,60	30	184,80	110,88
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	251,00	150,60	30	200,80	120,48
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	246,89	148,13	40	197,51	118,51
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTENEO E DELLA MAMMELLA	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/FARMACI E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 22 - USTIONI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	202,00	121,20	30	161,60	96,96
DRG NON CLASSIFICABILI	202,00	121,20	30	161,60	96,96

Alla casistica di riabilitazione trattata dai reparti codice 28 (Unità spinale) e codice 75 (Neuroriabilitazione) ricompresa nella MDC 1 in degenza ordinaria si applica la tariffa giornaliera di 470 euro senza limite di giornate di degenza;

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA OSPEDALIERA, per TIPO DI RICOVERO (EURO)

LUNGODEGENZA	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Valore soglia (gg)
	(per giornata)	(per giornata)	
	154,00	92,40	60

NOTE PER L'APPLICAZIONE DEL NUOVO TARIFFARIO PER L'ATTIVITA' DI DEGENZA dal 1 gennaio 2014

Le tariffe riportate nella delibera riguardano:

- i ricoveri ordinari con degenza maggiore di 1 giorno e inferiore alla soglia ;
- i ricoveri ordinari con degenza di 0-1 giorno con modalità di dimissione "deceduto" o "trasferito ad altro istituto";
- i ricoveri ordinari di 0-1 con modalità di dimissione diversa da "deceduto" o "trasferito ad altro istituto" ;
- i ricoveri diurni medici per i quali la tariffa riportata deve essere moltiplicata per il numero di accessi;
- i ricoveri diurni chirurgici o con DRG 124, 125, 323 per i quali la tariffa viene applicata all'episodio di ricovero indipendentemente dal numero degli accessi.

Tariffa aggiuntiva per l'impiego di dispositivi ad alto costo

(Accordo interregionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria approvato dalla Conferenza delle Regioni in data 16.05.2013)

✓ **Protesi cocleare**

(codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) **tariffa aggiuntiva € 22.366,28**

✓ **Stimolatore cerebrale**

(codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) **tariffa aggiuntiva € 13.500**

✓ **Ombrello atriale settale**

(codice intervento 35.52) associato al DRG 518; **tariffa aggiuntiva € 5.800**

✓ **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) associati ai DRG 7 e 8 **tariffa aggiuntiva** per lo stimolatore (sia impianto che sostituzione) pari a € **15.377,04**

✓ **Pompe di infusione totalmente impiantabile**

(codice intervento 86.06) ; **tariffa aggiuntiva € 3.500**

✓ **Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico**

(codice intervento 20.95) associato al DRG 55; **tariffa aggiuntiva € 8.568**

✓ **Protesi dell'aorta addominale**

(codice intervento 39.71) ; **tariffa aggiuntiva € 3.528**

✓ **Protesi dell'aorta toracica**

(codice intervento 39.73) ; **tariffa aggiuntiva € 5.544**

Ulteriori eccezioni:

- ai casi con **codice di procedura 80.59** relativi ai trattamenti per discalisi con ozono, laser o radiofrequenza si applica la tariffa di 500 euro;

- **DRG 323 M “Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni”**
per i casi trattati in day hospital o ordinario di un giorno, in presenza del codice di procedura “98.51 Litotripsia rene uretere”, in qualsiasi posizione venga codificato, la tariffa per caso trattato è pari a € 550,00;
- alla casistica di riabilitazione trattata dai reparti **codice 28 (Unità spinale)** e **codice 75 (Neuroriabilitazione)** ricompresa nella MDC 1 in degenza ordinaria si applica la tariffa giornaliera di 470 euro senza limite di giornate di degenza;
- non sono previste fasce di tariffe per complessità di strutture (Aziende ospedaliere, Ospedali dell'emergenza, Ospedali di territorio e Case di cura private;

CATIA BERTINELLI - *Direttore responsabile*