

ALLEGATO 1

REGOLAMENTO CHE DISCIPLINA L'EROGAZIONE DEI RICOVERI E L'APPLICAZIONE DELLE TARIFFE

Per la parte normativa, vigono i seguenti articoli:

Art. 1

Le tariffe rappresentano la remunerazione omnicomprensiva del D.R.G. (compresi farmaci, protesi, etc. erogati all'interno del singolo episodio di ricovero) come da art.1, comma 5, D.M. 30/06/1997. Dette tariffe remunerano, conseguentemente, tutte le attività e le prestazioni erogate a ciascun paziente nel corso dell'intero ricovero, salvo le deroghe stabilite nel successivo articolo 13.

Art. 2

Per i ricoveri per acuti, erogati in regime di ricovero ordinario di una sola giornata, in caso di modalità di dimissioni "1" – Decesso – o modalità di dimissioni "6" Trasferimento presso altro Istituto di ricovero, la remunerazione da corrispondere è riportata come tariffa specifica per D.R.G. nella colonna b dell'allegato 2 A.

Art. 3

Per le tariffe di colonna d, trattasi di ricovero diurno (D.H. Day Hospital e D.S. Day Surgery) ed è sempre la tipologia del D.R.G., Medica (M) o Chirurgica (C), a definire la tariffa; se trattasi di D.R.G. Chirurgico, la remunerazione applicabile è quella corrispondente alla Tabella per ogni episodio di ricovero (SDO) indipendente dagli accessi; se invece il ricovero è di tipologia Medica, la remunerazione della Tabella è da intendersi per singolo accesso (la stessa sarà data dall'importo della colonna d) per il numero di accessi.

Art. 4

Ricovero Programmato (artt.1 e 6 del D.M.) per gli interventi chirurgici erogati in D.S. anche se vi sono precedenti accessi per le indagini preliminari e successivi per medicazioni, trattandosi di tipologia chirurgica è valida la tariffa unica omnicomprensiva di tabella d ed il ricovero stesso è considerato di un giorno di degenza facendo riferimento alla data dell'intervento. Le indagini precedenti fanno parte dell'episodio di ricovero e la documentazione deve essere allegata alla cartella clinica. In caso di rifiuto dell'intervento da parte del paziente, la SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) deve essere annullata ed il paziente è tenuto a pagare le prestazioni diagnostiche ricevute come Medicina Specialistica ambulatoriale.

Art. 5

Per la Chemioterapia (DRG 410), SDO che riporta in diagnosi principale la codifica V58.11 e come procedura il carattere 99.25 sussistono i seguenti tre setting assistenziali con forme di remunerazione diverse:

- Ricovero Ordinario solo per il primo ciclo di trattamento chemioterapico per una soglia massima per Struttura di ricovero del 30% della casistica (Tariffa di All.2 Colonna a)
- Ricovero in D.H. tariffa di Allegato 2 Colonna d per singolo accesso praticato e per un max per SDO di 14 accessi (valore doppio del valore soglia – v.s.).
- Prestazione Ambulatoriale solo per i farmaci oncologici ad alto costo delle Tabelle AIFA in elenco accluso a questo regolamento come **allegato A**, con obbligo di non redigere SDO, trattandosi di Medicina Specialistica Ambulatoriale, di riportare il codice MinSan del farmaco e con remunerazione contraddistinta nelle seguenti due modalità:

a) Monochemioterapia

costo del farmaco oncologico ad alto costo *ex factory* oltre ad una remunerazione del 10% della tariffa di un accesso in DH del DRG 410, corrispondente ad € 37,10;

b) Polichemioterapia

costo del farmaco oncologico ad alto costo *ex factory* oltre ad una remunerazione del 50% di un accesso in DH del DRG 410, corrispondente ad € 185,50. In questo caso, per la valorizzazione, occorre inserire la "doppietta di codifica" 99.25.



Art. 6

I DRG 124 – 125 e 323, se erogati in regime diurno, pur essendo di tipologia medica, sono considerati alla stregua dei Chirurgici, per cui si applica la tariffa specifica unica di Colonna d, senza considerare gli accessi.

Art. 7

Il DRG 323, in caso di prestazione 98.51, Litotrissia diventa prestazione ambulatoriale complessa (riferimento a tale "Setting assistenziale"). La prestazione è remunerata alla tariffa di € 550,00 e in assenza di tale procedura, la tariffa per caso trattato è pari ad €184,00.

Art. 8

Per i DRG potenzialmente inappropriati in R.O. come da allegato B del Patto della Salute del 3/12/2009 (tabelle che si allegano) è previsto un valore soglia massimo di erogazione per setting assistenziale così diversificato:

- D.R.G. chirurgici potenzialmente inappropriati in R.O. per il D.P.C.M. 2001 (contrassegnati in grassetto nella Tabella) soglia massima in R.O. del 20%, mentre il restante 80% può essere erogato in D.S. nelle more dell'emanando Decreto sul setting assistenziale alternativo ai ricoveri "Chirurgia Ambulatoriale Complessa";

- D.R.G. Chirurgici potenzialmente inappropriati aggiunti dal Patto per la Salute 2009, soglia massima di erogazione per Struttura in R.O. del 20% , mentre il restante 80% può essere erogato in D.S. nelle more dell'emanando Decreto sul setting assistenziale alternativo ai ricoveri "Chirurgia Ambulatoriale Complessa";

- D.R.G. Medici potenzialmente inappropriati in R.O. per il D.P.C.M – 2001(contrassegnati in grassetto nella Tabella), remunerazione di un solo accesso se erogato in D.H. per pazienti extraregionali. Soglia massima di erogazione consentita per struttura in R.O. 20% globale della casistica dei D.R.G. di tipologia Medica potenzialmente inappropriati. Il restante 80% può essere erogato in D.H. fino alla emanazione delle Linee Guida ed all'attivazione dei Pacchetti Ambulatoriali Medici Complessi del Day Service Medico.

Per il DRG 410 la soglia massima di erogazione in R.O. è pari al 30% del totale del DRG stesso;

- D.R.G. Medici potenzialmente inappropriati aggiunti dal Patto della Salute soglia massima consentita in R.O. del 20%. Il rimanente 80% può essere erogato in D.H. fino all'emanazione delle Linee Guida ed all'attivazione dei Pacchetti Ambulatoriali Medici Complessi del Day Service Medico.

E' ribadito che la SDO del D.H. va chiusa con la data dell'ultimo accesso praticato e che l'Archivio SDO del D.H. va mantenuto aperto tutto l'anno solare. Per tale regime non devono assolutamente avvenire chiusure mensili, trimestrali o semestrali dell'Archivio SDO.

Le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza sono elencate nell'allegato B. I DRG di Alta Complessità sono elencati nell'allegato C.

Art. 9

In caso risulti aperta una SDO in D.H. ed il paziente debba praticare un ricovero ordinario anche presso Ospedali diversi, la SDO del ricovero in D.H. deve essere chiusa con la data dell'ultimo accesso. Pertanto la Struttura che effettua il ricovero in regime ordinario deve fare comunicazione alla Struttura/ Divisione ove insiste la SDO in D.H. affinché la stessa venga chiusa.

Art. 10

L'incremento *pro die* oltre il valore soglia del Ricovero ordinario può essere remunerato fino ad massimo del 150% del valore soglia relativo al D.R.G. Oltre tale parametro la remunerazione è soggetta a verifica del Trim Point.

Art.11

La regola prevista nel suddetto art. 10 non sussiste se durante il Ricovero si è verificato il trasferimento interno in reparto di Terapia intensiva (disciplina 49).



Art. 12

Per i reparti di Terapia Intensiva vige il comma 3, lettera a) e b) dell'art.3 del D.M. 30 giugno 2007. La remunerazione è comunque per tariffa DRG specifica.

Art. 13

Si applica l'incremento di una quota aggiuntiva per l'attività protesica solo per le prestazioni con specifica codifica d'intervento e solo per i DRG per i quali è prevista un'aggiunta tariffaria. Mentre per alcuni DRG ed altre Protesi è prevista una tariffa DRG particolare omnicomprensiva per singolo episodio di ricovero. In questo ultimo caso alla dizione "codice intervento" è da intendersi "codice procedura". (Si veda **allegato D** "Protesi").

Art. 14

Le attività di espianto e trapianto sono remunerate con le tariffe di cui all'**allegato E**.

Art. 15

Il trasferimento dal regime di ricovero per acuti D.R.G. (R.O. - D.H/D.S.) alla riabilitazione (MDC) e viceversa, comporta la chiusura della prima SDO e la riapertura di nuova SDO nel reparto di ammissione, trattandosi di regime assistenziale diverso e di differente tipologia di remunerazione (per giornate di degenza e per MDC nella riabilitazione).

Art. 16

Codifica ICD-9-CM della Riabilitazione. Per descrivere i ricoveri per trattamento riabilitativo di pazienti con postumi di malattie neurologiche, cardiorespiratorie ed osteo-tendinee si devono utilizzare, in diagnosi principale, i codici che identificano la natura del postumo e non il codice di diagnosi acuta.

Art. 17

Radioterapia DRG 409. La tariffa per ricoveri in regime ordinario di più di 1 giorno e attribuiti al DRG 409, abbattimento della relativa tariffa del 10% solo ed esclusivamente in assenza di terapia con iodio e radio metaboliche (codici procedura 92.28 o 92.29). Nel tariffario è riportata la tariffa piena.

Per le altre procedure radioterapiche la tariffa ridotta corrisponde ad € 1.324,00.

Art. 18

Per tutte le altre fonti normative non menzionate nel presente Decreto si fa espresso richiamo al D.M. 18 ottobre 2012 (pubblicato in G.U. del 28/01/2013).

Art. 19

La SDO deve essere conforme al D.M. 380/2000 nonché al D.M. del 08/07/2010 recepito con D.C.A. n.57/2010. La stessa rappresenta il titolo per la remunerazione, pertanto è fatto obbligo alle Strutture Private Accreditate che la fatturazione dei dimessi di ogni mese, deve essere corrispondente agli importi mensili calcolati in base all'algorithmo dal D.R.G. Grouper della Molise Dati e conforme ai Tabulati Ufficiali Mod.SDO 604 e Mod.SDO 830.

Art. 20

La SDO deve essere redatta in ogni suo campo con obbligo di compilazione anche dei nuovi campi "bis" e "ter". La codifica ICD-9-CM deve essere conforme alle Linee Guida per la corretta codifica sia per la parte anagrafica che clinica.

Art. 21

Le Case di Cura Private classificate come Strutture di fascia B, giusta D.G.R. n.15 del 8/01/2003, vengono remunerate all'85% (ottantacinque per cento) delle tariffe approvate con il Nomenclatore tariffario regionale.

Art. 22

E' prevista una tariffa aggiuntiva di € 8,00 pro die come assistenza alberghiera per il genitore o familiare che assiste il bambino ricoverato, solo nei D.R.G. pediatrici, nei reparti pediatrici (codice aggiuntivo V65.0).



Art. 23

Le prestazioni chirurgiche erogate in D.S., che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta "one day surgery", essendo equiparate al ricovero ordinario di un solo giorno, devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario (codice regime di ricovero "1"), come da Circolare Ministeriale del 23/10/2008. La loro remunerazione è quella prevista nella colonna b del Nomenclatore tariffario regionale.

Art. 24

Le diagnosi secondarie o patologie concomitanti o complicanze della malattia principale devono essere elencate in SDO (campo 29) secondo l'ordine di gravità della patologia.

Art. 25

Campo 16: *Onere della degenza*. In caso di "Solvente" cod.4 la SDO deve essere immessa nel sistema informatico e l'onere della degenza deve corrispondere all'importo di € 0,00.

I ricoveri invece individuati con onere 5 ("Carico SSN + Libera professione") ed onere 6 ("Prevalenza SSN + spese alberghiere") sono remunerati con un importo pari al 50% (cinquanta per cento) del valore del DRG.

Art. 26

Le Strutture, nell'erogazione dei ricoveri, sono obbligate a non superare il valore massimo 100% del Tasso di Occupazione per singola Disciplina accreditata. Ricoveri eccedenti tale parametro non sono remunerabili.

L'**allegato F** riporta gli indicatori di inappropriatazza i cui valori, se superati, determinano la non remunerabilità dei casi di ricovero eccedenti la soglia prestabilita.

Art. 27

E' fatto obbligo per le Strutture erogatrici la trasmissione, oltre che dei dati della SDO al sistema informativo regionale come da prassi consolidata, anche di inviare trimestralmente copia delle SDO cartacee all'Ente remunerante.



ALLEGATO A

DISCIPLINA DELLE PRESTAZIONI DI CHEMIOTERAPIA "DRG 410"

Per la Chemioterapia (DRG 410), SDO che riporta in d.p. la codifica V58.11 e come procedura il carattere 99.25 – sussistono le tre forme di remunerazione:

- Ricovero Ordinario solo per il primo ciclo di trattamento chemioterapico per una soglia massima per Struttura di ricovero del 30% della casistica (Tariffa di all.1 Col. a) €1.792,00.
- Ricovero in D.H. tariffa di allegato 1 Col. d per singolo accesso praticato e per un max per SDO di 14 accessi (valore doppio del V.S.) €371,00.
- Prestazione Ambulatoriale

Sono previste due modalità di tariffazione:

- a) Monochemioterapia solo per i farmaci oncologici ad alto costo delle Tabelle AIFA allegate, con obbligo di non redigere SDO, trattandosi di Medicina Specialistica Ambulatoriale, di riportare il codice MinSan del farmaco e con remunerazione del costo del farmaco ex factory oltre ad una remunerazione del 10% della tariffa di un accesso in D.H. del D.R.G., corrispondente ad € 37,10. In questo setting, la procedura obbliga di riportare la codifica della prestazione ambulatoriale (99.25) e gli estremi della prescrizione nel File C della Medicina Specialistica ed il dosaggio del farmaco somministrato nel File F – Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale.
- b) Polichemioterapia quando il protocollo terapeutico prevede l'associazione di due o più farmaci con commistione di farmaci oncologici ad alto costo della Tabella AIFA e farmaci oncologici normali e/o altri farmaci utilizzati per ridurre gli effetti collaterali. In questo caso è prevista la remunerazione del farmaco ad alto costo come al punto (a) oltre ad una remunerazione del 50% della tariffa di un accesso in D.H. corrispondente ad €185,50 per compensare gli altri farmaci.

La sottostante tabella riporta l'elenco dei farmaci ad alto costo rimborsabili se in regime ambulatoriale in conformità alla TUC 2012.

L'importo del rimborso per seduta ambulatoriale è dato dalla quantità di farmaco effettivamente somministrato secondo i protocolli terapeutici rapportata ai prezzi ex factory di riferimento di cui in tabella.



Elenco Farmaci oncologici ad elevato costo che la Commissione Salute ha confermato in 27/03/2013 per la TUC 2012

Principio attivo	Descrizione Principio attivo	Codice minsan	Nome commerciale	Prezzo massimo di cessione al SSN	Prezzo ex Factory (iva e.e - 33,35%)
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680027	AVASTIN 25MG/ML 1FL 4ML	-	305,75
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680015	AVASTIN 25MG/ML 1FL 16ML	-	1.224,54
L01XC06	CETUXIMAB	036584011	ERBITUX 2MG/ML IV FL 50ML	179,60	189,05
L01XC06	CETUXIMAB	036584035	ERBITUX 5MG/ML IV FL 50ML	179,60	189,05
V10XX02	IBRITUMOMAB TIUXETANO	036311013	ZEVALIN 1,6MG/ML KIT IV 1FL	-	9.024,93
L01XC03	TRASTUZUMAB	034949014	HERCEPTIN 150MG IV 1 FL 150	577,97	608,38
L01XX32	BORTEZOMIB	036559019	VELCADE 1FL 3,5MG	1.006,65	1.173,24
L01BA04	PEMETREXED	036587018	ALIMTA IV 1 FL 500 MG	1.111,93	1.372,74
L01BA04	PEMETREXED	036587020	ALIMTA IV 1 FL 100 MG	222,39	274,55
1XC02	RITUXIMAB	033315019	MABTHERA IV 2 FL 100 MG 10ML	-	527,43
L01XC02	RITUXIMAB	033315021	MABTHERA IV 1 FL 500 MG 50ML	-	1.318,32
L01XC04	ALEMTUZUMAB	035274012	MABCAMPATH 10MG/ML IV 3F3ML	-	1.091,05
L01XA03	OXALIPLATINO	034411025	ELOXATIN IV 1 FL 100 MG	314,77	352,49
L01XA03	OXALIPLATINO	034411013	ELOXATIN IV 1 FL 50 MG	157,44	176,30
L01CD02	DOCETAXEL	032391031	TAXOTERE FL 20 MG/1ML	127,78	134,51
L01CD02	DOCETAXEL	032391043	TAXOTERE FL 80 MG/4 ML	477,17	502,28
L01BB07	NELARABINA	038116012	ATRIANCE 5MG/ML 6FL 50ML	1.983,60	2.204,00
L01XE09	TEMSIROLIMUS	038327019	TORISEL 25MG/ML IV	-	889,86
L01XC08	PANITUMUMAB	038347023	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 10ML	-	767,12
L01XC08	PANITUMUMAB	038347035	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 20ML	-	1.534,25
L01XC08	PANITUMUMAB	038347011	VECTIBIX 20MG/ML IV 1FL 5ML	-	383,56

Handwritten signature

9


ALLEGATO B

DRG CHIRURGICI AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA			
DRG	TIPO	MDC	DESCRIZIONE
006	C	1	Decompressione del tunnel carpale
008	C	1	<i>Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC</i>
036	C	2	Interventi sulla retina
038	C	2	<i>Interventi primari sull'iride</i>
039	C	2	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	C	2	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	C	2	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	C	2	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
051	C	3	<i>Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia</i>
055	C	3	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	C	3	<i>Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni</i>
060	C	3	<i>Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni</i>
061	C	3	<i>Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni</i>
062	C	3	<i>Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni</i>
119	C	5	Legatura e stripping di vene
158	C	6	Interventi su ano e stoma senza CC
160	C	6	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
162	C	6	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	C	6	Interventi per ernia, età < 18 anni
168	C	3	<i>Interventi sulla bocca con CC</i>
169	C	3	<i>Interventi sulla bocca senza CC</i>
227	C	8	<i>Interventi sui tessuti molli senza CC</i>
228	C	8	<i>Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC</i>
229	C	8	<i>Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC</i>
232	C	8	Artroscopia
262	C	9	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
266	C	9	<i>Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC</i>
267	C	9	Interventi perianali e pilonidali
268	C	9	<i>Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella</i>
270	C	9	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
339	C	12	<i>Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni</i>
340	C	12	<i>Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni</i>
342	C	12	<i>Circoncisione, età > 17 anni</i>
343	C	12	<i>Circoncisione, età < 18 anni</i>
345	C	12	<i>Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne</i>
360	C	13	<i>Interventi su vagina, cervice e vulva</i>
362	C	13	<i>Occlusione endoscopica delle tube</i>
364	C	13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
377	C	14	<i>Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico</i>
381	C	14	<i>Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia</i>
503	C	8	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	C	8	<i>Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC</i>

DRG MEDICI AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA			
DRG	TIPO	MDC	DESCRIZIONE
013	M	1	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	M	1	Malattie del nervi cranici e periferici senza CC
047	M	2	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
065	M	3	Alterazioni dell'equilibrio
070	M	3	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
073	M	3	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
074	M	3	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
088	M	4	Malattia polmonare cronica ostruttiva
131	M	5	Malattie vascolari periferiche senza CC
133	M	5	Aterosclerosi senza CC
134	M	5	Ipertensione
139	M	5	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	M	5	Sincope e collasso senza CC
183	M	6	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184	M	6	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
187	M	3	Estrazioni e riparazioni dentali
189	M	6	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	M	7	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	M	7	Malattie delle vie biliari senza CC
241	M	8	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	M	8	Affezioni mediche del dorso
245	M	8	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	M	8	Tendinite, miosite e borsite
249	M	8	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	M	8	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252	M	8	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254	M	8	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256	M	8	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
276	M	9	Patologie non maligne della mammella
281	M	9	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC
282	M	9	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni
283	M	9	Malattie minori della pelle con CC
284	M	9	Malattie minori della pelle senza CC
294	M	10	Diabete, età > 35 anni
295	M	10	Diabete, età < 36 anni
299	M	10	Difetti congeniti del metabolismo
301	M	10	Malattie endocrine senza CC
317	M	11	Ricovero per dialisi renale
323	M	11	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	M	11	Calcolosi urinaria senza CC
326	M	11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
327	M	11	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	M	11	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	M	11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	M	11	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
349	M	12	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
352	M	12	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
369	M	13	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
384	M	14	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche
395	M	16	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni
396	M	16	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	M	16	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	M	17	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	M	17	Radioterapia
410	M	17	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	M	17	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	M	17	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	M	19	Nevrosi depressive
427	M	19	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
429	M	19	Disturbi organici e ritardo mentale
465	M	23	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	M	23	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	M	23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
490	M	25	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
563	M	1	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564	M	1	Cefalea, età > 17 anni

ALLEGATO C

D.R.G. di ALTA COMPLESSITA' TUC 2012 (Chirurgici)				
Classe	mdc	tipo	DRG	Descrizione
A.C.	1	C	001	Craniotomia, età > 17 anni con CC
A.C.	1	C	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
A.C.	1	C	003	Craniotomia, età < 18 anni
A.C.	1	C	007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
A.C.	3	C	049	Interventi maggiori sul capo e sul collo
A.C.	4	C	075	Interventi maggiori sul torace
A.C.	4	C	076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
A.C.	Pre	C	103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
A.C.	5	C	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
A.C.	5	C	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
A.C.	5	C	106	Bypass coronarico con PTCA
A.C.	5	C	108	Altri interventi cardiotoracici
A.C.	5	C	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
A.C.	5	C	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
A.C.	6	C	146	Resezione rettale con CC
A.C.	6	C	147	Resezione rettale senza CC
A.C.	6	C	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
A.C.	6	C	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
A.C.	7	C	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
A.C.	7	C	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
A.C.	7	C	193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esp. del dotto biliare comune con CC
A.C.	10	C	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
A.C.	11	C	302	Trapianto renale
A.C.	11	C	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia
A.C.	11	C	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
A.C.	13	C	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
A.C.	13	C	357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
A.C.	17	C	401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
A.C.	17	C	406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
A.C.	21	C	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
A.C.	8	C	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
A.C.	Pre	C	480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
A.C.	Pre	C	481 ***	Trapianto di midollo osseo allogenico
A.C.	Pre	C	***	Trapianto di midollo osseo autologo
A.C.	24	C	484	Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti
A.C.	24	C	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli rilevanti
A.C.	24	C	486	Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti
A.C.	25	C	488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
A.C.	8	C	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
A.C.	Pre	C	495	Trapianto di polmone
A.C.	8	C	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
A.C.	8	C	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
A.C.	8	C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
A.C.	22	C	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
A.C.	22	C	506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
A.C.	22	C	507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma sign.
A.C.	Pre	C	512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
A.C.	Pre	C	513	Trapianto di pancreas
A.C.	5	C	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
A.C.	8	C	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
A.C.	8	C	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC



Classe	mdc	tipo	DRG	Descrizione
A.C.	5	C	525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
A.C.	1	C	528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
A.C.	1	C	529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
A.C.	1	C	530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
A.C.	1	C	531	Interventi sul midollo spinale con CC
A.C.	1	C	532	Interventi sul midollo spinale senza CC
A.C.	5	C	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cat. cardiaco con IMA, insufficienza cardiaca o shock
A.C.	5	C	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza IMA, insufficienza cardiaca o shock
A.C.	17	C	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
A.C.	Pre	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
A.C.	Pre	C	542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore
A.C.	1	C	543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o d.p. di patologia acuta complessa del SNC
A.C.	8	C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
A.C.	8	C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
A.C.	8	C	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
A.C.	5	C	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
A.C.	5	C	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
A.C.	5	C	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
A.C.	5	C	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
A.C.	5	C	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
A.C.	6	C	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
A.C.	6	C	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
A.C.	11	C	573	Interventi maggiori sulla vescica
A.C.	18	C	578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico

D.R.G. di ALTA COMPLESSITA' TUC 2012 (Medici)

Classe	mdc	tipo	DRG	Descrizione
A.C.	15	M	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
A.C.	15	M	387	Prematurità con affezioni maggiori
A.C.	17	M	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC
A.C.	17	M	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni
A.C.	17	M	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni
A.C.	22	M	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute
A.C.	22	M	508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma sign.
A.C.	22	M	509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma sign.
A.C.	4	M	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore
A.C.	18	M	575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni

R

ALLEGATO D

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 .

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati i codici di seguito esplicitati: per "codice intervento" o "codice diagnosi", qualora non venga espressamente indicato, si intende sia intervento chirurgico principale che secondari e diagnosi principale che secondarie (in qualsiasi posizione venga utilizzato l'uso del codice).

DRG per i quali è prevista un'aggiunta tariffaria

- ✓ 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*
- ***Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (DRG 545)
La tariffa DRG specifica è già omnicomprensiva della quota di € 1.343,25 per la revisione di sostituzione.
- ✓ 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*
- ✓ Trapianto di cellule staminali limbari
DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; la tariffa è € 2.544,31 alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 12.290,15 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali (*tariffa aggiuntiva di € 12.290,15*)
- ✓ 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*

DRG per i quali è prevista una tariffa DRG particolare per singolo episodio di ricovero

- ✓ Gamma knife
(codice procedura 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco) *tariffa per caso trattato pari a € 7.750,03*
- ✓ Ciber knife
(codice procedura 92.31) *tariffa per caso trattato pari a € 7.688,52*



- ✓ Interventi per obesità
(codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91) associati al DRG 288 *tariffa per caso trattato* pari a € 4.093,38

- ✓ Neurostimolatore spinale
(codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98) *tariffa per caso trattato* pari a € 9.245,38

- ✓ Brachiterapia
(intervento 92.27-impianto o inserzione di elemento radioattivi), associati alla diagnosi V58.0, *tariffa per caso trattato* pari a € 8.568,00

- ✓ Termoablazione epatica per via percutanea
(intervento 50.24), associato al DRG 191 o 192, *tariffa per caso trattato* pari a € 5.040,00

- ✓ Discolisi con tecnica laser o radiofrequenza od ozono
(codice intervento 80.59) a prescindere dal DRG *tariffa per caso trattato* pari a € 500,00

- ✓ Trattamento vene varicose con laser terapia endovascolare
(diagnosi principale afferente alla categoria 454), associata al DRG 479, *tariffa per caso trattato* equiparabile alla tariffa del DRG 119 vedi allegato tariffe

- ✓ DRG 323 M "Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni"
Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno:
 - in presenza del codice procedura "98.51 Litotripsia rene uretere", in qualsiasi posizione venga codificato, *tariffa per caso trattato* pari a € 550,00
 - In assenza di tale procedura, *tariffa per caso trattato* pari a € 184,00.

Ad Mi

S

ALLEGATO E

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 e quindi non rientra tra le attività oggetto di compensazione.

La presente regolamentazione ha lo scopo di incentivare le attività di trapianto e riguarda solo gli aspetti legati alla mobilità sanitaria interregionale, nell'ambito di competenza interna ogni Regione ha chiaramente potestà diversa ed autonoma.

La casistica che è stata presa in esame 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 effettuate all'interno della Regione sede del trapianto, per cittadini residenti in Regioni diverse da quella sede di trapianto e di osservazione prelievo e trasporto, la tariffa da porre in compensazione e relativa alla fase di osservazione e prelievo è convenzionalmente individuata in quella unica nazionale e con importo di Euro 2.626,39 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 è stata individuata in modo convenzionale e forfettario nell'importo di Euro 331,12.

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 2.957,52. 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 2.626,39.

In tutti i casi sopra descritti la Regione sede del trapianto addebiterà alla Regione di residenza del paziente trapiantato, tramite il sistema della compensazione interregionale della mobilità sanitaria, l'importo complessivo convenzionale di Euro 2.957,52.

L'addebito deve essere effettuato *aggiungendo* l'importo convenzionale di Euro 2.957,52 o di Euro 2.626,39 all'importo del DRG nel campo "importo degenza" del tracciato record relativo ai seguenti casi di ricovero:

- Trapianto cardiaco DRG 103
- Trapianto renale DRG 302
- Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino 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 e devono essere addebitate dalla Regione erogatrice alla Regione di residenza del paziente, in quanto soggette alla compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

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 42 nei casi di trapianto di cornea (codice intervento 116 da 0 a 9)

Tariffa specifica € 2.544,31

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 € 246.631,03

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

Codice di intervento 46.97


Tariffa specifica € 171.054,94

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 € 61.450,75

Le tariffe dei trapianti (ad esclusione del midollo osseo e del trapianto di cornea) vengono incrementate secondo le regole su indicate.



ALLEGATO F

INDICATORI PER LA VERIFICA DI APPROPRIATEZZA DELLA ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

Indicatori di potenziale inapproprietezza nell'attività di ricovero ospedaliero 2012						
Area	Codice	Indicatore	Valore soglia	Numero minimo casi al denominatore	Livello di elaborazione	Note
Chirurgica	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	30 %	50	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	35%	50	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	35%	50	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	30%	50	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	35%	50	Reparto	Occorre tenere conto dei reparti specializzati per il trattamento delle osteomieliti (codice diagnosi 730.0 – 730.1 – 730.2)
	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	30%	50	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	45%	50	Reparto	
Medica	M1 (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%	50	Reparto	
	M2 (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%	50	Reparto	
	M3 (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%	50	Reparto	
	M4 (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%	50	Reparto	

CRITERI DI CALCOLO DEGLI INDICATORI DI POTENZIALE INAPPROPRIATEZZA ALL'ATTIVITÀ DI RICOVERO

CODICE	NUMERATORE	DENOMINAT
C1	N. dimessi con RO per DRG medico	N. dimessi con RO per DRG medico più N. dimessi per tutti i ricoveri (RO e DH) per DRG chirurgico
M1, M2, M3, M4	N. dimessi con RO per DRG medico di durata di 2-3 giorni	N. dimessi con RO per DRG medico

ULTERIORI CRITERI DI CONTESTAZIONE PER RICOVERI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI

Si identifica una serie di ricoveri per i quali prevedere la possibilità di una contestazione nel caso che essi si presentino con una casistica minima di tre (3) casi a livello di singola struttura ospedaliera erogante. Questi ricoveri riguardano in particolare:

- a) i DRG "maldefiniti": 424, 468, 476 e 477;
- b) i ricoveri per acuti ordinari ripetuti con intervallo temporale 0 -1 giorno. Tali ricoveri vengono definiti come *re-ricoveri avvenuti nello stesso presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì precedente*;
- c) i ricoveri ordinari ripetuti nei reparti codice 56 con intervallo temporale 0 - 7 giorni;
- d) tutti i pacchetti di 3 o più ricoveri consecutivi (con intervallo temporale 0 - 1 giorno) con utilizzo del reparto codice 56 come reparto "scambiatore" (ad esempio con un primo ricovero in medicina generale, seguito da un ricovero in riabilitazione e da un successivo nuovo ricovero in medicina generale o altro reparto per acuti).



I FENOMENI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA 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
	Utilizzo di reparti chirurgici per pazienti con DRG medici
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
	Utilizzo del regime di day hospital per accertamenti/procedure eseguibili a livello
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
	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

3

And M

ALLEGATO 2 A TARIFFE DRG per ACUTI

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno Trasferiti/deceduti	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia (D.M. 18/12/2008)	Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	1	C	001	Craniotomia, età > 17 anni con CC	12.241	6.500	2.475	2.475	337	53	4,1798
Alta complessità	1	C	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	9.951	4.176	2.012	2.012	256	34	3,1739
Alta complessità	1	C	003	Craniotomia, età < 18 anni	10.290	4.094	2.075	2.075	315	40	2,3194
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	1	C	006	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	654	118	4	0,7369
Alta complessità	1	C	007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	8.347	2.760	1.395	1.395	216	39	2,3427
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	1	C	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.326	1.331	2.585	2.585	196	10	1,5811
	1	M	009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	3.589	522	329	329	219	24	1,2757
	1	M	010	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.332	445	298	298	152	33	1,3787
	1	M	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.316	437	298	298	164	32	1,0329
	1	M	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.850	367	196	196	131	23	0,9103
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	1	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.419	331	188	188	96	17	0,7921
	1	M	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	442	239	239	159	30	1,2605
	1	M	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.967	427	234	234	156	23	0,8996
	1	M	016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	4.553	477	226	226	147	24	1,2715
	1	M	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.549	378	226	226	151	17	0,8471
	1	M	018	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.353	405	223	223	149	24	1,0912
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	1	M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	324	197	197	101	20	0,7168
	1	M	021	Meningite virale	2.629	308	215	215	143	22	0,7956
	1	M	022	Encefalopatia ipertensiva	2.989	576	298	298	199	14	0,9386
	1	M	023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.489	430	263	263	175	27	0,8025
	1	M	026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.729	376	231	231	154	10	0,4853
	1	M	027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.986	624	-	-	239	28	1,5179
	1	M	028	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.118	562	-	-	213	27	1,3120
	1	M	029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3.180	478	-	-	216	18	0,8898
	1	M	030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.409	476	-	-	208	4	0,4185

9

Handwritten signature

Classe	mco	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	1	M	031	Comozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3.087	557	337	337	243	17	1,1124
	1	M	032	Comozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2.042	492	337	337	225	10	0,7013
	1	M	033	Comozione cerebrale, età < 18 anni	1.224	483	321	321	214	4	0,4028
	1	M	034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.369	423	234	234	156	31	1,1364
	1	M	035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2.077	389	234	234	163	21	0,6807
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	2	C	036	Interventi sulla retina	1.549	756	1.491	1.491	164	10	0,8348
	2	C	037	Interventi sull'orbita	4.930	1.574	1.910	1.910	254	17	1,4700
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	2	C	038	Interventi primari sull'iride	1.536	592	1.189	1.189	113	10	0,8505
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	2	C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	487	994	994	102	4	0,4834
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	2	C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.453	734	1.615	1.615	141	7	0,8800
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	2	C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.199	757	1.296	1.296	177	4	0,5851
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	2	C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.641	761	1.522	1.522	143	10	0,8445
	2	M	043	Iftema	1.225	308	210	210	140	10	0,4338
	2	M	044	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.981	273	193	193	128	20	0,6302
	2	M	045	Malattie neurologiche dell'occhio	2.486	403	256	256	171	17	0,7576
	2	M	046	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.664	430	224	224	178	24	0,8331
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	2	M	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.051	358	224	224	114	14	0,5865
	2	M	048	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.638	291	212	212	141	10	0,4041
Alta complessità	3	C	049	Interventi maggiori sul capo e sul collo	7.813	4.133	2.025	2.025	203	35	2,0117
	3	C	050	Sialoadenectomia	3.607	1.495	1.805	1.805	348	11	1,2243
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.623	737	1.478	1.478	145	10	1,0207
	3	C	052	Riparazione di chelioschisi e di palatoschisi	3.622	1.021	1.220	1.220	240	14	1,0245
	3	C	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.798	1.676	2.009	2.009	367	7	0,9386
	3	C	054	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	3.100	1.647	1.982	1.982	311	10	1,0271
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	3	C	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.485	827	1.613	1.613	145	4	0,8198
	3	C	056	Rinoplastica	2.573	1.453	1.726	1.726	289	7	0,9354
	3	C	057	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.889	721	871	871	197	7	0,5965
	3	C	058	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.745	749	924	924	195	4	0,5327

50

Handwritten signature

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	059	Tonillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	868	463	964	964	139	7	0,5892
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	060	Tonillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	588	312	653	653	92	4	0,3999
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.683	896	1.735	1.735	210	7	1,1514
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.162	632	1.069	1.069	167	4	0,5501
	3	C	063	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4.378	1.783	2.134	2.134	264	13	1,4586
	3	M	064	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.486	615	317	317	174	28	1,1392
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	3	M	065	Alterazioni dell'equilibrio	953	329	198	198	101	13	0,5827
	3	M	066	Epietassi	1.575	416	231	231	154	13	0,5555
	3	M	067	Epiottite	1.678	387	250	250	166	10	0,5478
	3	M	068	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	1.935	315	210	210	140	16	0,6264
	3	M	069	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.247	311	224	224	149	10	0,4364
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	M	070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	662	269	165	165	91	7	0,3156
	3	M	071	Laringotracheite	625	226	162	162	108	10	0,2391
	3	M	072	Traumatismi e deformità del naso	1.853	533	333	333	222	10	0,6547
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	M	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.186	415	240	240	122	13	0,6101
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	M	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	739	316	173	173	95	7	0,3479
Alta complessità	4	C	075	interventi maggiori sul torace	8.016	3.981	2.136	2.136	229	28	2,3960
Alta complessità	4	C	076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	8.016	2.622	1.270	1.270	222	44	2,4914
	4	C	077	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4.639	1.298	1.682	1.682	237	31	1,4990
	4	M	078	Embolia polmonare	4.009	405	243	243	162	31	1,3409
	4	M	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.744	450	222	222	148	40	1,7612
	4	M	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.422	311	199	199	133	44	1,2661
	4	M	081	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	5.769	552	345	345	230	27	2,1163
	4	M	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.161	484	283	283	156	34	1,3292
	4	M	083	Traumi maggiori del torace con CC	2.619	432	268	268	178	20	0,8415
	4	M	084	Traumi maggiori del torace senza CC	1.718	402	268	268	179	10	0,5879
	4	M	085	Versamento pleurico con CC	4.260	476	230	230	154	30	1,3703
	4	M	086	Versamento pleurico senza CC	2.867	380	227	227	151	30	1,0366
	4	M	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.802	397	219	219	146	27	1,2243
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	4	M	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.600	290	170	170	87	21	0,8209

5

Mi

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	4	M	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.558	359	212	212	141	28	1,1394
	4	M	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.291	282	200	200	134	24	0,7579
	4	M	091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.948	258	188	188	125	14	0,4735
	4	M	092	Malattia polmonare interstiziale con CC	4.481	405	234	234	156	27	1,2842
	4	M	093	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.999	461	212	212	141	23	0,9037
	4	M	094	Pneumotorace con CC	3.265	425	245	245	163	27	1,2102
	4	M	095	Pneumotorace senza CC	1.818	343	223	223	148	17	0,6905
	4	M	096	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.537	296	198	198	132	18	0,8033
	4	M	097	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.832	274	197	197	132	17	0,5563
	4	M	098	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.538	256	185	185	123	10	0,3816
	4	M	099	Segni e sintomi respiratori con CC	2.782	337	208	208	134	27	0,8876
	4	M	100	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.484	313	208	208	137	14	0,4835
	4	M	101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.666	353	219	219	138	24	0,9305
	4	M	102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.724	335	219	219	146	13	0,6018
Alta complessità	Pre	C	103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.602	-	-	-	602	91	14,5725
Alta complessità	5	C	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	22.995	12.545	13.075	13.075	702	35	6,0620
Alta complessità	5	C	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	18.544	14.903	7.880	7.880	322	28	4,5572
Alta complessità	5	C	108	Bypass coronarico con PTCA	22.381	17.905	17.905	17.905	681	39	5,4736
Alta complessità	5	C	108	Altri interventi cardiotoracici	14.297	8.519	4.678	4.678	389	37	4,1166
Alta complessità	5	C	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	12.448	5.857	3.121	3.121	295	33	3,3918
Alta complessità	5	C	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	7.708	4.023	2.166	2.166	341	24	2,5742
	5	C	113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	11.031	2.206	-	-	176	57	3,1389
	5	C	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.056	1.278	1.820	1.820	174	45	1,8488
	5	C	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3.547	1.279	1.582	1.582	162	17	1,0645
	5	C	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	3.232	1.708	2.007	2.007	174	7	1,0532
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	5	C	119	Legatura e stripping di vene	1.402	1.381	1.558	1.558	383	4	0,7350
	5	C	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.876	1.898	2.544	2.544	230	37	2,0581
	5	M	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.700	597	-	-	174	21	1,5817
	5	M	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.377	587	-	-	196	17	1,2157

50

14 Pi

Classe	mde	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	5	M	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	4.018	585	-	-	175	23	1,3033
	5	M	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.392	886	1.142	1.142	200	21	1,1950
	5	M	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.142	883	1.142	1.142	193	7	0,7002
	5	M	126	Endocardite acuta e subacuta	10.573	888	268	268	178	74	3,7891
	5	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	3.052	416	215	215	143	21	1,0270
	5	M	128	Tromboflebite delle vene profonde	2.315	340	221	221	147	21	0,7518
	5	M	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	4.000	503	-	-	172	32	1,3124
	5	M	130	Malattie vascolari periferiche con CC	3.308	423	237	237	158	23	1,0117
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	5	M	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.090	284	175	175	89	21	0,5993
	5	M	132	Aterosclerosi con CC	2.443	333	205	205	137	20	0,8086
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	5	M	133	Aterosclerosi senza CC	990	349	193	193	98	17	0,8284
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	5	M	134	Iperensione	983	333	197	197	100	17	0,8701
	5	M	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.983	445	239	239	160	24	0,9689
	5	M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.073	434	222	222	148	17	0,8748
	5	M	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.201	559	312	312	208	10	0,8484
	5	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.375	404	229	229	152	17	0,8028
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	5	M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	974	325	183	183	93	10	0,5223
	5	M	140	Angina pectoris	1.870	297	183	193	129	14	0,8197
	5	M	141	Sincope e collasso con CC	2.393	410	242	242	161	20	0,7693
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	5	M	142	Sincope e collasso senza CC	1.004	363	208	208	106	13	0,5969
	5	M	143	Dolore toracico	1.398	344	221	221	147	10	0,4879
	5	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.910	666	259	259	173	23	1,1779
	5	M	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.097	387	220	220	147	21	0,8889
Alta complessità	6	C	146	Resezione rettale con CC	9.959	3.832	1.993	1.993	223	45	2,9562
Alta complessità	6	C	147	Resezione rettale senza CC	6.701	3.027	1.517	1.517	204	37	2,1564
Alta complessità	6	C	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	5.932	2.703	1.362	1.362	165	28	1,9057
	6	C	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.577	1.888	1.873	1.873	207	30	2,3632
	6	C	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	4.378	1.539	1.873	1.873	218	17	1,5241

51

[Handwritten signature]

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	6	C	152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	6.051	1.382	1.622	1.622	158	33	1,9591
	6	C	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4.491	1.335	1.622	1.622	205	20	1,3960
	6	C	155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.566	1.557	1.888	1.888	207	34	2,1457
Alta complessità	6	C	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	6.376	2.311	1.165	1.165	260	24	1,2426
	6	C	157	Interventi su ano e stoma con CC	3.808	1.010	1.007	1.007	192	21	1,1158
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	158	Interventi su ano e stoma senza CC	1.202	1.069	1.007	1.007	126	10	0,6093
	6	C	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	4.892	1.453	1.523	1.523	198	27	1,4492
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.371	575	1.523	1.523	94	13	1,0953
	6	C	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.571	1.240	1.280	1.280	212	13	0,9993
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.168	649	1.280	1.280	137	7	0,7448
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	163	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.093	603	1.214	1.214	146	4	0,6383
	6	C	164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	5.735	1.538	-	-	228	21	1,4998
	6	C	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	3.514	1.270	-	-	228	14	1,1181
	6	C	166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.751	1.190	1.263	1.263	204	14	1,1639
	6	C	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.560	1.044	1.263	1.263	219	8	0,8102
Pot. inapp. P.d.S. 2009	3	C	168	Interventi sulla bocca con CC	1.626	779	1.361	1.361	169	10	1,0520
Pot. inapp. P.d.S. 2009	3	C	169	Interventi sulla bocca senza CC	1.459	687	1.361	1.361	161	7	0,9013
	6	C	170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	8.810	1.814	1.578	1.578	190	47	2,6808
	6	C	171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.498	1.278	1.578	1.578	193	31	1,6750
	6	M	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.550	691	303	303	167	37	1,4942
	6	M	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.564	493	274	274	151	28	0,8939
	6	M	174	Emorragia gastrointestinale con CC	3.317	614	238	238	159	21	1,0599
	6	M	175	Emorragia gastrointestinale senza CC	2.091	403	216	216	144	17	0,6562
	6	M	176	Ulcera peptica complicata	3.230	579	236	236	157	20	1,0127
	6	M	177	Ulcera peptica non complicata con CC	3.148	504	230	230	153	21	0,9769
	6	M	178	Ulcera peptica non complicata senza CC	2.269	383	224	224	150	17	0,7185
	6	M	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	3.236	426	243	243	162	27	1,0586
	6	M	180	Occlusione gastrointestinale con CC	2.841	383	228	228	152	23	0,8868
	6	M	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.732	300	210	210	140	14	0,5614

2

Handwritten signature

Classe	m do	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	6	M	182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	2.465	368	222	222	148	20	0,7681
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	6	M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	959	295	179	179	91	13	0,5568
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	6	M	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	785	259	156	156	85	7	0,3014
	3	M	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.051	453	269	269	180	18	0,6621
	3	M	186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.595	345	241	241	161	10	0,4601
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	3	M	187	Estrazioni e riparazioni dentali	775	545	281	281	143	7	0,5300
	6	M	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.215	504	238	238	159	24	1,0034
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	6	M	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	855	315	178	178	91	14	0,5224
	6	M	190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.634	344	214	214	142	7	0,3783
Alta complessità	7	C	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	14.198	5.010	2.628	2.628	277	57	3,5599
Alta complessità	7	C	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	8.437	3.083	1.554	1.554	224	37	2,5966
Alta complessità	7	C	193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.791	3.933	2.111	2.111	243	60	3,6085
	7	C	194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.789	1.993	2.449	2.449	225	51	2,9871
	7	C	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.574	1.989	2.170	2.170	176	40	2,4776
	7	C	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.007	1.770	2.170	2.170	182	24	2,1918
	7	C	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	8.596	1.781	-	-	185	40	2,4752
	7	C	198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.293	1.383	-	-	188	24	1,5546
	7	C	199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.902	1.824	2.392	2.392	195	45	2,2656
	7	C	200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	7.535	1.657	2.297	2.297	226	50	2,7306
	7	C	201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.585	2.391	3.398	3.398	301	51	2,8743
	7	M	202	Cirrosi e epatite alcolica	4.013	661	277	277	185	27	1,2862
	7	M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.085	687	314	314	173	35	1,2825
	7	M	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.195	396	217	217	145	24	1,0518
	7	M	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.760	498	236	236	157	27	1,1589
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	7	M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.407	324	195	195	99	21	0,8236
	7	M	207	Malattie delle vie biliari con CC	3.733	588	232	232	155	24	1,1620
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	7	M	208	Malattie delle vie biliari senza CC	1.171	390	172	172	88	17	0,6681
	8	C	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	6.920	1.926	-	-	171	32	2,0942

u,

W *Pi*

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	8	C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	6.099	1.689	2.050	2.050	176	30	1,7174
	8	C	212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.477	1.620	1.973	1.973	236	28	1,5008
	8	C	213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.609	1.544	2.013	2.013	194	63	2,2148
	8	C	216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.972	1.822	2.327	2.327	187	24	1,3106
	8	C	217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7.678	2.417	3.082	3.082	240	45	2,5978
	8	C	218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.686	2.011	1.887	1.887	196	31	2,0194
	8	C	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.405	1.572	1.887	1.887	209	20	1,3446
	8	C	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.288	1.090	1.298	1.298	178	17	1,0869
	8	C	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.041	1.580	1.889	1.889	258	4	1,0013
	8	C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.391	1.330	1.590	1.590	237	13	1,0375
	8	C	225	Interventi sul piede	2.759	1.388	1.684	1.684	217	7	0,8826
	8	C	226	Interventi sui tessuti molli con CC	4.764	1.361	1.759	1.759	209	24	1,5387
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	C	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.555	754	1.499	1.499	138	10	0,8846
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	C	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.787	847	1.686	1.686	156	10	0,9752
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.266	657	1.296	1.296	143	7	0,7372
	8	C	230	Escissione locale e rimozione di pezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.034	1.326	1.653	1.653	206	13	0,9325
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	8	C	232	Artroscopia	1.361	851	1.512	1.512	148	7	0,7595
	8	C	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.191	2.025	2.296	2.296	169	34	2,0269
	8	C	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.629	1.903	2.296	2.296	243	13	1,2519
	8	M	235	Fratture del femore	1.985	346	189	189	126	23	0,5858
	8	M	236	Fratture dell'anca e della pelvi	2.278	337	202	202	135	21	0,6652
	8	M	237	Distorsioni, stramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.985	302	188	188	125	17	0,6533
	8	M	238	Osteomielite	5.378	5.017	246	246	164	44	1,7119
	8	M	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.649	437	276	276	151	30	1,1075
	8	M	240	Malattie del tessuto connettivo con CC	4.147	772	287	287	191	30	1,2952
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	1.497	400	201	201	102	20	0,8096
	8	M	242	Artrite settica	3.673	433	230	230	154	40	1,2626
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	8	M	243	Affezioni mediche del dorso	1.199	335	195	195	100	21	0,6837

f

[Signature]

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	8	M	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.563	345	208	208	139	23	0,8398
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.038	308	191	191	98	28	0,5605
	8	M	246	Artropatie non specifiche	2.106	302	200	200	133	20	0,6199
	8	M	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.745	322	214	214	143	17	0,5435
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	248	Tendinite, miosite e borsite	1.178	304	173	173	88	23	0,7633
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.209	442	217	217	111	18	0,6192
	8	M	250	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.472	368	191	191	150	16	0,6694
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	251	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	753	322	191	191	97	7	0,4164
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	252	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	547	339	190	190	104	4	0,2983
	8	M	253	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.429	383	169	169	152	24	0,7515
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	254	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	773	297	169	169	86	10	0,4225
	8	M	255	Fratture, distorsioni, stramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.406	300	198	198	132	7	0,3765
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	940	445	237	237	121	14	0,6224
	9	C	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	3.948	1.422	1.771	1.771	251	14	1,2850
	9	C	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.341	1.461	1.771	1.771	272	14	1,1697
	9	C	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.717	1.113	1.362	1.362	244	13	1,0107
	9	C	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.354	1.174	1.362	1.362	289	10	0,8896
	9	C	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.709	1.630	1.960	1.960	271	10	1,1165
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	9	C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.069	568	1.162	1.162	143	7	0,5990
	9	C	263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.107	1.330	1.266	1.266	201	37	2,3324
	9	C	264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.254	923	1.266	1.266	201	37	1,4659
	9	C	265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.130	1.658	1.733	1.733	268	17	1,2856
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	9	C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.622	878	1.733	1.733	156	10	0,9665
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	9	C	267	Interventi perianali e pilonidali	1.587	723	872	872	187	7	0,5312
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	9	C	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.205	1.087	2.156	2.156	212	10	1,2732
	9	C	269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5.878	1.204	1.099	1.099	196	31	1,6138
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	9	C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.225	535	1.099	1.099	127	7	0,7668
	9	M	271	Ulcere della pelle	4.290	493	269	269	179	30	1,2955

5

AS Mi

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	9	M	272	Malattie maggiori della pelle con CC	3.221	343	187	187	124	27	0,9417
	9	M	273	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	257	180	180	120	20	0,5861
	9	M	274	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.983	399	259	259	142	34	1,3320
	9	M	275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	289	237	237	130	17	0,6197
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	276	Patologie non maligne della mammella	828	297	173	173	88	10	0,4367
	9	M	277	Cellulite, età > 17 anni con CC	3.353	359	222	222	148	30	1,0480
	9	M	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.090	300	215	215	143	21	0,6153
	9	M	279	Cellulite, età < 18 anni	1.838	271	194	194	129	10	0,4545
	9	M	280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.790	385	268	268	162	17	0,7470
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	901	421	268	268	137	7	0,6066
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	837	418	244	244	134	4	0,3378
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	283	Malattie minori della pelle con CC	1.503	295	162	162	83	20	0,7898
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	284	Malattie minori della pelle senza CC	728	238	153	153	78	13	0,4238
	10	C	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	7.698	1.569	2.320	2.320	187	59	2,5557
Alta complessità	10	C	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.828	3.438	1.673	1.673	269	27	1,9902
	10	C	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.770	1.271	1.804	1.804	184	34	1,9878
	10	C	288	Interventi per obesità	5.681	2.089	2.518	2.518	226	17	1,8598
	10	C	289	Interventi sulle paratiroidi	2.926	1.130	1.369	1.369	244	11	0,8732
	10	C	290	Interventi sulla tiroide	3.340	1.373	1.658	1.658	326	11	0,9978
	10	C	291	Interventi sul dotto tiroglossico	2.573	1.121	1.348	1.348	301	7	0,8181
	10	C	292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.959	2.181	1.886	1.886	272	27	2,2587
	10	C	293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.308	1.524	1.888	1.888	244	14	1,4772
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	10	M	294	Diabete, età > 35 anni	1.391	390	236	236	121	20	0,9845
Pot. inapp. P.d.S. 2009	10	M	295	Diabete, età < 36 anni	1.162	282	160	160	88	17	0,6016
	10	M	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.800	368	204	204	136	23	0,8593
	10	M	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	273	191	191	127	21	0,5604
	10	M	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.190	237	173	173	115	7	0,2851
Pot. inapp. P.d.S. 2009	10	M	299	Difetti congeniti del metabolismo	1.606	437	222	222	113	17	0,6979

0

AS *M*

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	10	M	300	Malattie endocrine con CC	3.337	421	248	246	164	20	0,9965
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	10	M	301	Malattie endocrine senza CC	901	318	210	210	107	17	0,5049
Alta complessità	11	C	302	Trapianto renale	44.216	-	-	-	775	42	10,2927
Alta complessità	11	C	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.192	2.983	1.630	1.630	160	25	1,9629
Alta complessità	11	C	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.642	3.032	1.610	1.510	234	34	1,8026
	11	C	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.953	1.531	1.857	1.857	236	20	1,5231
	11	C	306	Prostatectomia con CC	4.230	1.126	1.121	1.121	178	18	1,2221
	11	C	307	Prostatectomia senza CC	3.105	920	1.121	1.121	202	14	1,0155
	11	C	308	Interventi minori sulla vescica con CC	4.693	1.673	2.116	2.116	179	24	1,5522
	11	C	309	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.397	1.753	2.116	2.116	183	13	1,0453
	11	C	310	Interventi per via transuretrale con CC	3.290	1.063	1.148	1.148	184	17	1,0057
	11	C	311	Interventi per via transuretrale senza CC	2.350	949	1.148	1.148	209	10	0,7204
	11	C	312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	4.825	1.206	1.499	1.499	202	17	1,1378
	11	C	313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	3.059	1.263	1.534	1.534	250	10	1,0316
	11	C	314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	3.637	1.203	1.486	1.486	194	17	1,2121
	11	C	315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.709	2.042	2.659	2.659	198	41	2,0141
	11	M	316	Insufficienza renale	3.734	590	260	260	174	27	1,1501
Pot. inapp. P.d.S. 2009	11	M	317	Ricovero per dialisi renale	1.381	841	204	204	104	1	0,6553
	11	M	318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	4.006	440	283	283	143	34	1,2854
	11	M	319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.158	418	283	283	156	17	0,6912
	11	M	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.701	355	216	216	144	23	0,8462
	11	M	321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.883	286	201	201	134	17	0,6057
	11	M	322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.422	287	213	213	142	11	0,4272
Pot. inapp. P.d.S. 2009	11	M	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.372	1.614	640	640	146	10	0,5520
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	11	M	324	Calcolosi urinaria senza CC	935	314	163	163	83	10	0,4010
	11	M	325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.878	357	203	203	135	17	0,6193
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	11	M	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.075	267	161	161	82	10	0,4283
Pot. inapp. P.d.S. 2009	11	M	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	947	276	160	160	88	7	0,3400
	11	M	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.317	395	197	197	123	17	0,6628

5

Aut *Mi*

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	781	401	197	197	100	10	0,4816
	11	M	330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.284	372	199	199	133	7	0,2655
	11	M	331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.378	489	242	242	161	27	1,0467
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.008	336	196	196	100	17	0,6109
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.612	392	215	215	118	13	0,6084
	12	C	334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	7.131	1.765	-	-	260	20	2,2241
	12	C	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	5.997	1.619	-	-	277	16	1,9084
	12	C	336	Prostatectomia transuretrale con CC	3.394	910	1.109	1.109	170	15	1,0273
	12	C	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.652	911	1.109	1.109	219	11	0,8688
	12	C	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.668	1.244	1.531	1.531	249	10	0,9144
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.062	614	1.193	1.193	137	7	0,6763
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.199	648	1.118	1.118	181	4	0,5987
	12	C	341	Interventi sul pene	3.744	1.749	2.113	2.113	182	13	1,2213
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	342	Circoncisione, età > 17 anni	864	520	960	960	97	4	0,5593
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	343	Circoncisione, età < 18 anni	617	392	671	671	73	4	0,2944
	12	C	344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.146	1.225	1.459	1.459	198	17	0,9423
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.737	637	1.331	1.331	108	17	0,9432
	12	M	346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.592	486	263	263	145	35	1,1847
	12	M	347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.432	342	238	238	131	10	0,6095
	12	M	348	Ipertrofia prostatica benigna con CC	2.146	357	212	212	141	21	0,6199
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	M	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	901	241	151	151	77	10	0,4249
	12	M	350	Infezioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.872	364	234	234	156	13	0,5708
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	M	351	Sterilizzazione maschile <i>(N.B. Mai introdotto in Italia)</i>	-	-	-	-	-	0	0,1987
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	M	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	781	424	229	229	117	7	0,4639
Alta complessità	13	C	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.807	4.075	2.017	2.017	268	22	1,7728
	13	C	354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi con CC	6.722	1.386	1.455	1.455	197	37	2,0274
	13	C	355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi senza CC	3.959	1.185	1.455	1.455	225	15	1,2687
	13	C	356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.901	1.242	1.496	1.496	244	11	0,9206
Alta complessità	13	C	357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovario o degli annessi	7.329	3.501	1.827	1.827	199	27	1,7499

0

ML

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	13	C	358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	4.317	1.293	1.436	1.436	223	15	1,3388
	13	C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.027	1.183	1.436	1.436	241	11	0,9785
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	13	C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.545	690	1.382	1.382	118	10	0,8575
	13	C	361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.589	1.196	1.454	1.454	214	7	0,7171
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	13	C	362	Occlusione endoscopica delle tube	1.055	646	1.173	1.173	162	4	0,5599
	13	C	363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.555	849	1.026	1.026	199	10	0,7937
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	13	C	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	917	527	1.019	1.019	133	4	0,5395
	13	C	365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	2.970	1.303	1.639	1.639	249	23	1,2244
	13	M	366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	4.158	476	272	272	149	37	1,3793
	13	M	367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.041	317	219	219	120	21	0,6447
	13	M	368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.722	350	235	235	157	10	0,5307
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	13	M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	725	336	179	179	91	7	0,4208
	14	C	370	Parto cesareo con CC	2.782	1.020	-	-	170	14	0,9635
	14	C	371	Parto cesareo senza CC	2.092	937	-	-	170	6	0,7334
	14	M	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.619	659	222	222	150	8	0,5649
	14	M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.272	589	222	222	148	5	0,4439
	14	C	374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.122	893	637	637	175	8	0,6946
	14	C	375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.859	1.035	-	-	190	8	0,9140
	14	M	376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.264	375	203	203	135	10	0,4582
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	14	C	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.787	849	1.301	1.301	130	7	0,7871
	14	M	378	Gravidanza ectopica	1.629	602	239	239	159	10	0,5765
	14	M	379	Minaccia di aborto	1.376	445	177	177	118	10	0,4424
	14	M	380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.133	422	209	209	139	7	0,3888
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	14	C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	989	543	1.099	1.099	149	4	0,4568
	14	M	382	Falso travaglio	612	247	136	136	91	4	0,2032
	14	M	383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	1.262	346	190	190	127	10	0,4019
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	14	M	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	763	332	150	150	77	14	0,3964
	15	M	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	5.435	344	-	-	84	4	0,6891
Alta complessità	15	M	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	15.157	574	313	313	172	135	8,6877

5

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
Alta complessità	15	M	387	Prematurità con affezioni maggiori	8.376	643	293	293	164	51	3,5317
	15	M	388	Prematurità senza affezioni maggiori	5.435	-	227	227	151	20	0,8326
	15	M	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	3.919	-	262	262	175	11	0,7041
	15	M	390	Neonati con altre affezioni significative	1.146	-	154	154	103	5	0,2085
	15	M	391	Neonato normale	560	-	-	-	-	5	0,1598
	18	C	392	Splenectomia, età > 17 anni	6.624	1.812	-	-	211	22	1,9909
	18	C	393	Splenectomia, età < 18 anni	4.703	1.158	-	-	155	13	1,1225
	18	C	394	Altri interventi sugli organi emopoietici	4.179	1.160	1.587	1.587	183	17	1,1177
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	18	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.676	429	218	218	91	23	0,8552
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	18	M	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.190	367	247	247	112	13	0,5775
	18	M	397	Disturbi della coagulazione	2.748	583	271	271	181	20	0,9347
	18	M	398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	3.589	393	218	218	145	27	1,2182
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	18	M	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	1.704	305	192	192	98	17	0,6982
Alta complessità	17	C	401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	10.340	2.750	1.386	1.386	283	55	3,0119
	17	C	402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.944	1.183	1.534	1.534	207	24	1,4118
Alta complessità	17	M	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.633	772	355	355	318	40	1,8616
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1.823	481	273	273	115	24	1,1010
Alta complessità	17	M	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	7.686	1.450	652	652	566	66	2,9459
Alta complessità	17	C	406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.636	3.692	1.746	1.746	253	43	2,9175
	17	C	407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.668	1.625	1.993	1.993	246	27	1,8956
	17	C	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.384	1.923	2.427	2.427	332	13	1,4917
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	409	Radioterapia	1.471	602	353	353	180	31	0,8811
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.792	496	371	371	156	7	0,7539
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	868	220	154	154	84	13	0,4822
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	734	337	230	230	97	10	0,4948
	17	M	413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.788	555	319	319	175	41	1,4888
	17	M	414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2.876	322	228	228	124	32	0,9668
	18	M	417	Setticemia, età < 18 anni	3.176	459	293	293	195	17	0,9563
	18	M	418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.508	398	221	221	147	23	1,0619

A

M B

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D,H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	18	M	419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.710	398	228	228	152	20	0,8455
	18	M	420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.086	318	219	219	146	21	0,6372
	18	M	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.184	340	221	221	147	14	0,6643
	18	M	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.660	287	209	209	139	10	0,3634
	18	M	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.155	546	266	266	177	24	1,2815
	19	C	424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	4.963	1.550	2.029	2.029	151	39	1,6764
	19	M	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.669	278	162	162	113	21	0,5422
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	19	M	426	Nevrosi depressive	858	148	137	137	44	31	0,3902
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	19	M	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	757	141	137	137	43	27	0,3937
	19	M	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.267	191	162	162	72	41	0,6989
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	19	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	1.356	352	137	137	92	27	0,7933
	19	M	430	Psicosi	1.942	175	162	162	71	44	0,7668
	19	M	431	Disturbi mentali dell'infanzia	1.118	319	162	162	149	21	0,4865
	19	M	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.409	289	162	162	104	21	0,5406
	20	M	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	664	242	170	170	113	4	0,1297
	21	C	439	Trapianti di pelle per traumatismo	4.724	1.770	2.174	2.174	213	17	1,4074
	21	C	440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.384	1.358	1.728	1.728	217	28	1,2893
	21	C	441	Interventi sulla mano per traumatismo	3.199	1.355	1.612	1.612	251	10	1,0153
Alta complessità	21	C	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	8.099	2.995	1.539	1.539	293	51	2,6634
	21	C	443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	3.492	1.197	1.457	1.457	217	13	1,2447
	21	M	444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.877	374	233	233	155	21	0,8337
	21	M	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	2.126	377	233	233	173	10	0,6198
	21	M	446	Traumatismi, età < 18 anni	1.271	368	256	256	171	4	0,3585
	21	M	447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.404	331	218	218	146	10	0,4565
	21	M	448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	951	240	177	177	118	7	0,2344
	21	M	449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.411	374	230	230	153	21	0,7386
	21	M	450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.272	298	203	203	135	10	0,4109
	21	M	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.056	330	214	214	143	4	0,2938
	21	M	452	Complicazioni di trattamenti con CC	3.283	564	255	255	170	27	1,0604

50

[Signature]

Classe	mdo	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
	21	M	453	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.733	377	214	214	143	18	0,4896
	21	M	454	Altre diagnosi di traumi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.593	413	282	282	164	18	0,7653
	21	M	455	Altre diagnosi di traumi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.704	404	282	282	188	10	0,5954
	23	C	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	4.924	2.067	2.537	2.537	228	21	1,5238
	23	M	462	Riabilitazione	1.843	414	221	221	147	37	0,7570
	23	M	463	Segni e sintomi con CC	2.870	320	209	209	123	31	0,8004
	23	M	464	Segni e sintomi senza CC	1.748	317	209	209	139	23	0,5041
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	23	M	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	854	842	179	179	221	7	0,4836
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	23	M	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	863	506	179	179	129	10	0,6630
Pot. Inapp. DPCM LEA 2001	23	M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	652	265	134	134	68	10	0,2583
	NA	C	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	10.158	2.733	3.468	3.468	227	39	2,8661
	NA	NA	469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	457	104	104	104	83	10	0,0000
	NA	NA	470	Non attribuibile ad altro DRG	457	61	61	61	49	41	0,0000
Alta complessità	8	C	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	16.184	16.080	8.040	8.040	224	30	2,4714
Alta complessità	17	M	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	20.363	1.666	750	750	599	81	4,2095
	NA	C	476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	7.369	1.903	2.496	2.496	265	20	1,7590
	NA	C	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	5.172	1.533	1.931	1.931	227	32	1,7604
	5	C	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.742	1.851	2.258	2.258	235	21	1,6087
Alta complessità	Pre	C	480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	83.630	-	-	-	886	61	19,4443
Alta complessità	Pre	C	481 ***	Trapianto di midollo osseo allogenico	86.448	9.332	4.666	4.666	1.070	46	15,5111
	Pre	C	481 ***	Trapianto di midollo osseo autologo	37.495	9.332	4.666	4.666	1.070	46	15,5111
	Pre	C	482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.891	2.221	-	-	187	61	3,7723
Alta complessità	24	C	484	Craniotomia per traumi multipli rilevanti	20.065	9.696	4.798	4.798	499	73	5,0987
Alta complessità	24	C	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumi multipli rilevanti	14.978	8.640	4.320	4.320	325	42	4,4919
Alta complessità	24	C	486	Altri interventi chirurgici per traumi multipli rilevanti	13.642	6.615	3.308	3.308	352	50	4,6091
	24	M	487	Altri traumi multipli rilevanti	5.559	677	-	-	238	37	1,7349
Alta complessità	25	C	488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	13.061	3.061	1.630	1.630	206	112	4,1670
	25	M	489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	8.186	607	282	282	155	58	2,4149

0

Handwritten signature or initials.

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
Pot. inapp. P.d.S. 2009	25	M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	2.458	532	261	261	110	31	1,1973
Alta complessità	8	C	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.961	6.283	2.711	2.711	185	24	1,9828
	17	M	492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.576	985	353	353	194	51	1,4945
	7	C	493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.397	1.496	1.458	1.458	196	30	1,5285
	7	C	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.834	1.210	1.458	1.458	211	10	0,8890
Alta complessità	Pre	C	495	Trapianto di polmone	72.572	-	-	-	321	78	16,8871
Alta complessità	8	C	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	21.660	17.320	17.320	17.320	1.082	45	5,1811
Alta complessità	8	C	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	13.310	10.247	10.648	10.648	640	35	3,8451
Alta complessità	8	C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	9.620	8.462	7.616	7.616	729	24	3,2406
	8	C	499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	6.347	1.862	1.775	1.775	241	27	1,6629
	8	C	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.672	1.457	1.775	1.775	295	14	1,2589
	8	C	501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.595	2.109	-	-	248	92	2,1467
	8	C	502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	5.183	1.330	-	-	187	51	1,1595
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	8	C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.808	1.024	2.009	2.009	127	7	0,9222
Alta complessità	22	C	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	44.340	-	-	-	3.104	108	9,8973
Alta complessità	22	M	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	11.009	3.623	1.761	1.761	771	71	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	17.296	13.837	13.837	13.837	1.211	87	3,0751
Alta complessità	22	C	507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	6.791	5.433	5.433	5.433	475	65	2,7979
Alta complessità	22	M	508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	6.666	1.810	905	905	3.096	67	1,1500
Alta complessità	22	M	509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	2.994	958	479	479	209	32	1,1302
	22	M	510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.228	532	-	-	161	53	1,3587
	22	M	511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	2.311	357	218	218	146	24	1,0977
Alta complessità	Pre	C	512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.728	-	-	-	470	68	15,7658
Alta complessità	Pre	C	513	Trapianto di pancreas	61.451	-	-	-	270	53	14,3046
Alta complessità	5	C	515	Implanto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	20.395	9.016	9.016	9.016	644	31	4,0897
	5	C	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	3.962	2.163	2.586	2.586	167	7	1,2185

D

Mi

Classe	m do	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia	Peso Relativo
Alta complessità	8	C	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	10.601	8.401	8.401	8.401	526	46	3,1524
Alta complessità	8	C	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.129	6.337	5.703	5.703	396	17	2,1786
	20	M	521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.728	304	197	197	131	27	0,8717
	20	M	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.882	217	173	173	115	45	0,8746
	20	M	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.436	243	177	177	118	24	0,5366
	1	M	524	Ischemia cerebrale transitoria	2.543	382	237	237	158	17	0,7692
Alta complessità	5	C	525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	38.214	32.480	16.240	16.240	702	47	9,9320
Alta complessità	1	C	528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	18.633	7.634	3.767	3.767	462	48	5,7260
Alta complessità	1	C	529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	12.228	4.945	2.472	2.472	304	75	3,7579
Alta complessità	1	C	530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	6.502	2.629	1.315	1.315	161	33	1,9981
Alta complessità	1	C	531	Interventi sul midollo spinale con CC	11.126	6.194	2.787	2.787	287	47	3,9401
Alta complessità	1	C	532	Interventi sul midollo spinale senza CC	6.217	3.461	1.730	1.730	160	24	2,2015
	1	C	533	Interventi vascolari extracranici con CC	4.806	1.566	1.734	1.734	294	20	1,2985
	1	C	534	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.119	1.444	1.734	1.734	311	11	1,2022
Alta complessità	5	C	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	27.792	15.841	15.841	15.841	834	41	6,3257
Alta complessità	5	C	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	22.768	11.793	12.972	12.972	621	33	5,3077
	8	C	537	Escissione locale o rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5.618	1.751	1.758	1.758	217	28	1,6372
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.651	882	1.758	1.758	151	7	0,9419
Alta complessità	17	C	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	17.411	6.915	3.112	3.112	677	50	3,4880
	17	C	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	4.867	1.636	2.009	2.009	258	24	1,5462
Alta complessità	Pre	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	52.898	15.912	7.956	7.956	574	117	12,4289
Alta complessità	Pre	C	542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	36.330	10.928	5.464	5.464	395	104	8,5360
Alta complessità	1	C	543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	12.813	5.181	2.691	2.691	318	51	3,9376
Alta complessità	8	C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	9.291	8.060	4.225	4.225	192	22	2,0283
Alta complessità	8	C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.904	12.030	5.413	5.413	257	34	2,7175

0

Art M

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno Trasferiti/deceduti	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia (D.M. 18/12/2008)	Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	8	C	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	15.017	13.348	12.014	12.014	834	31	5,0089
Alta complessità	5	C	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	20.692	11.086	6.642	6.642	342	39	5,0871
Alta complessità	5	C	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	17.399	9.476	4.683	4.683	292	29	4,3489
Alta complessità	5	C	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	17.167	8.632	4.316	4.316	344	28	3,7801
Alta complessità	5	C	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	13.797	7.366	3.471	3.471	293	20	3,2209
Alta complessità	5	C	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	11.407	12.109	6.698	6.698	466	31	2,3045
	5	C	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.756	2.091	2.508	2.508	166	14	1,5894
	5	C	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.039	2.604	3.445	3.445	278	49	2,6490
	5	C	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.144	2.148	2.740	2.740	227	31	2,0662
	5	C	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.207	2.062	2.473	2.473	201	17	1,8899
	5	C	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.747	2.479	2.970	2.970	174	10	1,3742
	5	C	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.128	4.098	4.901	4.901	191	14	2,2433
	5	C	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.434	4.101	4.917	4.917	174	7	1,6907
	1	M	559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	6.073	608	-	-	201	19	1,8296
	1	M	560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	8.067	653	307	307	205	43	2,5059
	1	M	561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	6.058	517	254	254	169	37	1,7668
	1	M	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.289	455	246	246	164	20	0,9526
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	1	M	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.193	450	214	214	109	17	0,7306
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	1	M	564	Cefalea, età > 17 anni	1.631	321	195	195	99	23	0,6184
Alta complessità	4	M	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	11.396	1.036	536	536	464	50	4,0374
	4	M	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6.764	637	297	297	198	46	2,1122
	6	C	567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.712	2.541	-	-	214	47	3,8842
	6	C	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	12.418	2.263	-	-	207	48	3,5475
Alta complessità	6	C	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	11.012	4.471	2.146	2.146	283	50	3,3881
Alta complessità	6	C	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	10.179	3.614	1.983	1.983	229	45	2,7406
	6	M	571	Malattie maggiori dell'esofago	3.392	593	248	248	165	24	1,0881

8

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)
					R.O. > 1 gg	R.O. 1 giorno Trasferiti/ deceduti	R.O. 1 giorno	D.H./D.S.	Incremento pro die	Valore soglia (D.M. 18/12/2008)	Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	6	M	572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	3.484	459	240	240	160	20	0,9446
Alta complessità	11	C	573	Interventi maggiori sulla vescica	10.502	5.289	2.380	2.380	268	43	3,5032
	16	M	574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	3.738	657	251	251	167	27	1,1305
Alta complessità	18	M	575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	12.319	1.204	602	602	611	65	4,7782
	18	M	576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	5.493	559	247	247	165	37	1,6432
	1	C	577	Inserzione di stent carotideo	5.795	2.651	3.172	3.172	308	4	1,4507
Alta complessità	18	C	578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	9.267	7.416	7.414	7.414	354	82	4,4004
	18	C	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	9.163	1.555	2.179	2.179	180	44	2,3908

7.

MA Ki

TARIFFA PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA (M.D.C.)

Allegato 2 B - Ricoveri in Riabilitazione (MDC) Si distinguono le 4 grandi Categorie Diagnostiche della Riabilitazione M.D.C. : 1 - 4 - 5 - 8	Disciplina 56 - RIABILITAZIONE							
	REGIME ORDINARIO				DAY HOSPITAL			
	Tariffa giornaliera				Tariffa per accesso			
	Disciplina 56				Disciplina 56			
MDC	R.O.	Valore Soglia	Tariffa oltre il V.S.	Tariffa oltre 120° giorno	D.H.	Valore Soglia	oltre V.S.	Tariffa oltre 60° giorno
01-SISTEMA NERVOSO	272	60	183	0	218	40	131	0
04-APP. RESPIRATORIO	231	30	138	0	184	20	110	0
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	251	30	150	0	200	20	120	0
08-APP. MUSCOLOSCHETR., TESS. CONNETTIVO	246	40	148	0	197	30	118	0
Altre M.D.C.:	202	30	121	0	161	15	97	0
02-OCCHIO								
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA								
06-APP. DIGERENTE								
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS								
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA								
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI								
11-RENE E VIE URINARIE								
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE								
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE								
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO								
15-PERODO NEONATALE								
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO								
17-MELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIALE								
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE								
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI								
20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI								
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI								
22-USTIONI								
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI								
24-TRAUMATISMI MULTIPLI								
25-INFEZIONI DA HIV								
NON CLASSIFICABILE								

2

Aut. Ri.

TARIFFA PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA (M.D.C.)			
Disciplina 60 "LUNGODEGENTI"			
REGIME ORDINARIO			
Disciplina 60 "Lungodegenti"		Tariffa giornaliera	
Disciplina 60			
MDC	Lungodegenza	Valore Soglia	Tariffa oltre il 60° giorno
01-SISTEMA NERVOSO	154	60	92
04-APP. RESPIRATORIO	154	60	92
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	154	60	92
08-APP. MUSCOLOSCELETR., TESS. CONNETTIVO	154	60	92
Tutti le Altre M.D.C.	154	60	92
Per gli STATI VEGETATIVI - cod. patologia 780.03		€ 262	tariffa giornaliera

2

Handwritten signature

TARIFFA PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA (M.D.C.)

	<i>Disciplina 28 "Unità Spinale"</i>		<i>Disciplina 75 "Neuroriabilitazione"</i>	
	REGIME ORDINARIO		DAY HOSPITAL	
	Tariffa giornaliera		Tariffa per accesso	
	Disciplina 28	Disciplina 75	Disciplina 28	Disciplina 75
MDC	Unità Spinale	Neuroriabilitazione	Unità Spinale	Neuroriabilitazione
01-SISTEMA NERVOSO	403	376	311	266
	**	*		
*Per la grave cerebrolesione acquisita -	€ 470	tariffa giornaliera		
Cod. patologia 348.4 (compressione Encefalo) associato a cod. 780.01 (Coma)				
Si intendono "persone affette da danno cerebrale di origine traumatica o atraumatica, tale da determinare una condizione di Coma con punteggio inferiore o uguale ad 8 della Scala della GSC (Scala Glasgow), protratto per almeno 24 ore ed associate a menomazioni sensitivo-motorie, cognitive e comportamentali che comportano grave disabilità":				
1) in continuità con il momento acuto della malattia				
2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso Presidio di Alta Specialità che lo aveva in carico.				
**Per pazienti mielolesi	€ 470	tariffa giornaliera		
Cod. patologia 336.9 (Lesione Midollare)				
Gravità di lesione A,B,C secondo la classificazione A.S.I.A. (American Spinal Injury Association):				
1) in immediata continuità con il momento acuto (trasferimento da reparto di Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Ortopedia od altro reparto per acuti);				
2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazione per aggravamenti da parte dello stesso Presidio di Alta Specialità che lo aveva in carico.				
*** Per i ricoveri di queste due condizioni di pazienti non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.				

7

