



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI
DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO

N. 48

IN DATA 02-07-2010

OGGETTO

**Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale
delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.)**

Il Responsabile dell'istruttoria

Il Responsabile dell'Ufficio

Il Responsabile del Servizio
Ispettivo Regionale

Il Direttore Generale

DIREZIONE GENERALE
SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
(Dott. Michele Antonelli)



Regione Molise

Presidente della Regione Molise

COMMISSARIO AD ACTA PER LA ATTUAZIONE
DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI

DEL SETTORE SANITARIO

Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

DECRETO N. 48

DEL 02-07-2010

**OGGETTO: Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale
delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero (D.R.G.)**

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO:

Che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009 il Presidente della Regione Molise è stato nominato Commissario ad acta per la attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, avvalendosi delle strutture tecniche ed amministrative della Regione;

Che con delibera del Consiglio dei Ministri datata 9 ottobre 2009 è stato nominato, per l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste dal vigente Piano di Rientro della Regione Molise, con compito di affiancare il Commissario *ad Acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del 28.7.2009, un Sub Commissario con comprovate professionalità ed esperienza nel settore sanitario;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, avente ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria", che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria;

TENUTO PRESENTE CHE ai sensi dell'art. 8 sexies del suddetto D.Lgs:

- a) la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day-hospital, è determinata in base a tariffe predefinite (comma 4);
- b) i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, dell'appropriato, del volume dell'attività svolta (comma 3);

- c) il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, d'intesa con la Conferenza permanente, con apposito Decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, e stabilisce i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio *sistema tariffario*, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di accreditamento delle strutture stesse (comma 5);
- d) con la stessa procedura di cui alla lettera precedente sono effettuati periodicamente le revisioni del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi (comma 6);
- e) il Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentita l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza (comma 8);

VISTO l'art. 120, comma 1, lettera g) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che mantiene in capo allo Stato la competenza relativa alla definizione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui all'art. 8, comma 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni;

CONSIDERATO CHE il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" (G.U. n.165 del 16/07/1999), ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

RITENUTO necessario di dover procedere sulla base della ricognizione delle vigenti tariffe della Regione e dei relativi provvedimenti deliberativi, si è provveduto alla ricognizione dei provvedimenti regionali in materia di remunerazione delle prestazioni assistenziali. Considerato che da tale ricognizione emerge la necessità di un aggiornamento dei tetti massimi di alcune tariffe (sovrastimati o sottostimati) per consentire alla Regione di poter attraverso un sistema tariffario adeguato, promuovere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate;

PRESO ATTO

- del Decreto del Ministero della Sanità 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che all'art. 2, individua come modalità di classificazione delle attività di ricovero il sistema basato sui raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) versione 10 HCFA;
- del D.M. del 14/12/94 "Classificazione e tariffazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera" (Versione 10 della Classificazione D.R.G.) che fissa le tariffe massime da corrispondere per le prestazioni di assistenza ospedaliera, a decorrere dal 1.1.95;

- delle Linee Guida 1/1995 emanate dal Ministero della Sanità, per l'applicazione del D.M. 14.12.1994, relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, nelle quali vengono indicate, per la codifica delle diagnosi delle SDO, la classificazione internazionale delle malattie nona revisione e per la codifica delle procedure, la classificazione ICD-9-CM 1993;
- del D.M. del 30/06/97 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994" (Versione 14 della Classificazione D.R.G.);
- la definizione dei massimi tariffari di cui all'art. 2, comma 9 della legge 28 dicembre 1995, n. 549;
- il disciplinare tecnico del Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380 ha aggiornato i contenuti ed il flusso informativo della SDO, fissando regole generali per la codifica delle informazioni di natura clinica ed in particolare, ha previsto l'applicazione della versione italiana 1997 della International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e dei suoi successivi aggiornamenti per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera;
- la Nota Regionale n. 2838 del 28/02/2001 recepisce il suddetto Decreto;
- con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2004 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono stati dettati indirizzi per l'adozione, a partire dal 1° gennaio 2006, della versione italiana 2002 della International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) ai fini della compilazione della SDO;
- del D.M. 21/11/05 "Aggiornamento classificazione" che in seguito all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 giugno 2005 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha previsto, l'adozione a partire dal 1° gennaio 2006, sull'intero territorio nazionale, dell'aggiornamento del sistema di classificazione (ICD-9-CM) per la codifica delle diagnosi e interventi/procedure utilizzati nella SDO e dell'aggiornamento della versione 19 della Classificazione D.R.G., ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
- che, in seguito, con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni il 16 giugno 2005 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stata prevista, con il D.M. del 21.11.2005, l'adozione a partire dal 1° gennaio 2006, sull'intero territorio nazionale, dell'aggiornamento del sistema di classificazione (ICD-9-CM) per la codifica delle diagnosi e interventi/procedure utilizzati nella SDO e dell'aggiornamento della versione 19 della Classificazione D.R.G., ai fini della remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute emanato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze 12 settembre 2006 "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 289 del 13 dicembre 2006, con cui si procede, ai sensi dell'art. 1 comma 170 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 sopracitata, al primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO l'art. 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, assunte come riferimento per la valutazione delle congruità delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, provvede con proprio decreto il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, prevedendo altresì che gli importi

tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali;

VISTO il D.M. del 18.12.2008 che aggiorna sia la classificazione dei codici di diagnosi e procedure con la introduzione della ICD-9-CM 2007, sia il sistema di classificazione dei D.R.G., passaggio dalla versione 19 alla versione 24 del Grouper;

CONSIDERATO CHE il recepimento del suddetto D.M. è avvenuto con la D.G.R. n.783 del 20/07/09, pubblicata sul B.U.R.M. n. 20 del 01/09/09, i cui allegati riportano anche la definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i D.R.G. di nuova introduzione;

CONSIDERATA la D.G.R. n.15 del 08/01/2003 che remunera le Strutture di Fascia B all'85% delle Tariffe del D.M.;

RICHIAMATA la Valutazione Tecnica allegata alla D.G.R. n.1205 del 10 agosto 2006 che ha previsto le variazioni relative ad alcuni D.R.G., assieme alla descrizione, alla MDC di appartenenza e al tipo;

VISTO il Decreto Commissariale n. 6 del 09/12/2009 che emana le Linee Guida dei Day Service: Accorpamenti di prestazioni Ambulatoriali Chirurgiche (APAc) ed i Pacchetti Ambulatoriali Complessi Diagnostici (PACd), che verrà integrato con successivo Decreto riportante elenco, classificazione codifica e tariffe delle prestazioni erogabili in tale setting assistenziale, prevedendo anche la compartecipazione alla spesa sanitaria con il pagamento di un ticket corrispondente ad € 80,00. Considerato anche che successivamente avverrà la stesura del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per le prestazioni di medicina specialistica, essendo considerato obsoleto il D.M. del 22/07/1996;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, recante: «Definizione dei livelli di assistenza» che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art.1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il DPCM 05.03.2007 “Modifica del D.P.C.M. 29.11.2001, recante <<Definizione dei Livelli essenziali di assistenza>>”;

VISTO la D.G.R. n. 874 del 04 luglio 2005 “*Approvazione A.P.P.R.O. Regione Molise*” elaborata per definire i criteri di appropriatezza distinti in maggiori e minori (almeno 3 per singolo accesso) dei ricoveri in regime di Day Hospital, ribadendo che i ricoveri in D.H. devono avere approccio multidisciplinare ed includere solo patologie che richiedono prestazioni complesse non eseguibili a livello ambulatoriale;

CONSIDERATI i Decreti Commissariali:

- n. 01 del 16/10/2009 “*Adempimenti L.E.A. – Riferimento Documento Ministero dell’Economia e Finanze e Intesa Stato-Regioni 23/03/2005. Recepimento Legge del 06 agosto 2008 n. 133 art. 79, 1° comma, septies - estensione del controllo della totalità delle SDO e delle Cartelle Cliniche per i D.R.G. dell’All. 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001. Ridefinizione Linee Guida per l’attività generale di controllo e monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ai fini della verifica della qualità dell’assistenza secondo criteri di appropriatezza*”;

- n. 02 del 01/02/2010 “Recepimento dell'accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise”;
- n. 03 del 01/02/2010 “Sistema Regionale di Controllo e Monitoraggio dell'Attività Ospedaliera. Linee Guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero (D.R.G., SDO e Cartelle Cliniche) e delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale (A.P.G.)”;
- n.10 del 19/03/2010 “Piano delle prestazioni 2010 ex art. 2 dell'Accordo di Confine Campania – Molise, recepito con Decreto Commissariale n° 02 del 01/02/2010 già pubblicato sul B.U.R.M. n° 04 del 16/02/2010”;

RICHIAMATI:

- il Decreto–Legge 25 giugno 2008, n. 112 “Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria” pubblicato in G.U. n. 147 del 25 giugno 2008;
- la Legge 06 Agosto 2008, n. 133 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”;

VISTA la Legge Finanziaria 2007 che prevede per la Regione la possibilità di adottare e attivare misure in materia di regressione tariffaria (abbattimenti);

CONSIDERATO il Nuovo Patto per la Salute 2010-2012, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato/Regione in data 05 Ottobre 2006 (rep. n. 2648), in cui Stato e Regioni convengono che eventuali risparmi nella gestione del Servizio Sanitario nazionale, effettuati dalle regioni, rimangono nella disponibilità delle regioni stesse;

VISTO, in particolare, il Nuovo Patto per la Salute 2010-2012 che, al fine dell'efficientamento del sistema sanitario e al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5%, qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, fermo restando l'obbligo di copertura previsto dalla vigente normativa, si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20 per cento dello squilibrio stimato:

- a) ulteriori misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate per la soglia di degenza da 60 giorni in poi riduzione tariffaria del 40 % e l'introduzione di una ulteriore regressione tariffaria del 20% per la soglia dal 41° giorno al 60° per le attività di riabilitazione e lungodegenza, nonché la corresponsione di nessuna remunerazione oltre il 120° giorno);
- b) misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni rese;
- c) misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie;

VISTO CHE la Commissione Salute nella seduta del 24/02/2010 e la Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 6 maggio 2010, hanno approvato la Tariffa Unica Convenzionale (T.U.C.) per

l'anno 2009 da utilizzare nella compensazione interregionale della mobilità sanitaria relativamente alle prestazioni di assistenza ospedaliera;

RICHIAMATO l'Accordo sottoscritto il 27 marzo 2007 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Molise per l'approvazione del Piano di Rientro, di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTA l'esigenza che ha la Regione Molise di adempiere agli obiettivi del Piano di rientro 10/12;

CONSIDERATO il Decreto Commissariale n. 17 del 10/05/2010 "Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, n. 191. Approvazione del Programma Operativo per l'anno 2010" pubblicato sul B.U.R.M. n.16 del 1° giugno 2010;

ATTESO che l'approvazione del Nuovo Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera si rende necessario per la riscontrata opportunità di procedere alla creazione di un sistema tariffario adeguato alle esigenze attuali della Regione Molise, promuovendo sempre la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate e perseguendo anche l'obiettivo del risparmio economico nella remunerazione delle prestazioni stesse;

STABILITO che le tariffe, risultanti dagli allegati al presente provvedimento, si applicano ai ricoveri erogati ad utenti sia regionali che extraregionali;

CONSIDERATO che per l'anno 2010 anche i piani di attività delle prestazioni di ricovero assegnati ad ogni singola Struttura Privata accreditata sono allineati al nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale fatto salvo i contratti già sottoscritti per l'anno in corso;

Sulla base delle suesposte premesse, visionando anche il Manuale Agenas (Sistemi Tariffari Regionali) per una comparazione, è stato redatto un Nomenclatore Tariffario Regionale che tiene conto **classificatoriamente** delle quattro Classi di D.R.G., dei pesi relativi e dei valori soglia come da T.U.C., nonché del Patto della Salute - Allegato B - (allargamento a n.108 dei D.R.G. ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario) e **tariffariamente** dell'impronta dell'economicità. La definizione delle nuove tariffe per tutti i D.R.G. per acuti e le M.D.C. per la riabilitazione è avvenuta sulla base del vincolo di invarianza dei volumi finanziari, ossia le tariffe delle prestazioni non devono produrre incrementi sul fatturato, bensì la varianza tra i singoli D.R.G. comporta riequilibrio tariffario in base al peso degli stessi, per cui la loro relativa tariffazione è avvenuta con decurtazione della tariffa T.U.C.(circa 10%). Ciò oltre alla congruità tariffaria, apporta anche notevole risparmio economico alla Regione, così come si evince da schema allegato. Essendo la remunerazione delle prestazioni non solo omnicomprensiva ma anche identica per pazienti regionali ed extraregionali, l'applicazione del Tariffario oltre al risparmio conseguente al riequilibrio delle tariffe nei vari setting assistenziali (Ricovero Ordinario, Ricovero Ordinario di un gg, Day Hospital, Day Surgery, One Day Surgery, Incremento pro die) consente anche alla Regione di trattenere negli scambi di mobilità il differenziale T.U.C. che consente alla stessa ulteriori azioni atte al potenziamento dell'attività territoriale.

Il presente Decreto si approva fatto salve modifiche di integrazione da parte dei Competenti Dicasteri.

Il presente Decreto è immediatamente esecutivo e comporta applicazione pratica per tutti i dimessi dalla data del 01/07/2010 (causa sdoppiamento semestrale Archivio SDO).

In virtù dei poteri conferiti con la delibera del Consiglio dei Ministri in data 28.7.2009

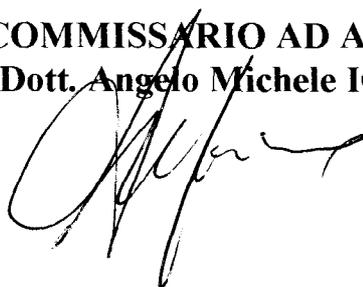
DECRETA

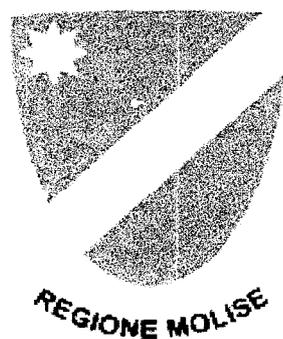
- di approvare, per i motivi esposti in narrativa, il Nuovo Nomenclatore Tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, per la riabilitazione e lungodegenza come risulta dall'*Allegato 1*, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di annullare tutte le precedenti disposizioni regionali in materia di tariffazione come da Allegato;
- di dare applicazione al sistema di remunerazione delle prestazioni di ricovero di cui al presente decreto a decorrere dal secondo semestre 2010, causa lo sdoppiamento semestrale degli Archivi SDO;
- di stabilire che il Nuovo Nomenclatore Tariffario si applica ai ricoveri erogati ad utenti regionali ed extraregionali;
- di notificare il presente Decreto ai Dicasteri competenti: Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze;
- di notificare il presente Decreto alle Strutture Pubbliche e Private Accreditate, alla ASREM per l'opportuna conoscenza ed alla Società Molise Dati per gli adempimenti applicativi ed i necessari tempi di adeguamento dei sistemi informativi regionali;
- di pubblicare il presente atto, corredato del "Manuale introduttivo del Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale" e dei relativi *Allegati*, sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise al fine di consentire un'adeguata diffusione dei suoi contenuti.

Il presente decreto, composto da n. 7 pagine e da n. 9 allegati rispettivamente di pagine _____, sarà pubblicato sul B.U.R.M. e sarà anche notificato all'Agenas.


Il Sub Commissario
(Dott.ssa Isabella MASTROBUONO)

IL COMMISSARIO AD ACTA
(On. Dott. Angelo Michele IORIO)





MANUALE INTRODUTTIVO

AL

“NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE”

INDICE

1. Premessa

2. Riferimenti normativi

3. Articolazione

Allegati:

- Allegato 1 e 2 “Tariffe per ricoveri per acuti e riabilitazione”
- Allegato 3 “Tariffe protesi”
- Allegato 4 “D.R.G. 410”
- Allegato 5 “Farmaci oncologici ad alto costo”
- Allegato 6 “Indicatori T.U.C.”
- Allegato 7 “Note Agenas e stralcio T.U.C. versione 24 Grouper ”
- Allegato 8 “Delibere Regionali in materia tariffaria abrogate”
- Allegato 9 “Impatto economico”.



1. PREMESSA

I principi generali del sistema di finanziamento degli ospedali pubblici e privati convenzionati con il SSN, sono definiti da una serie di provvedimenti legislativi nazionali che definiscono ambito di applicazione e criteri di definizione delle tariffe; modalità di avvio e gradualità di applicazione; criteri di gestione del sistema tariffario e del relativo sistema dei controlli sul suo potenziale impatto su qualità e costi della assistenza ospedaliera; tariffe massime di riferimento nazionale; sistema dei controlli, esterni ed interni.

Brevemente, il sistema di rimborso tariffario si articola principalmente nelle seguenti normative nazionali, alle quali si aggiungono il complesso delle normative regionali di attuazione e di raccordo:

- 1) **D.M. 28 dicembre 1991** sulla scheda di dimissione ospedaliera, indispensabile per la precisa imputazione della tariffa;
- 2) **D.M. 15 aprile 1994** che ha attribuito alle regioni il compito di determinare ed aggiornare le tariffe;
- 3) **D.M. 14 dicembre 1994** che ha determinato le tariffe massime per i ricoveri ospedalieri, modificato con il **D.M. 30 giugno 1997**, che le ha aggiornate, specificando che le regioni possono articolare i propri tariffari in funzione delle diverse tipologie di erogatori, individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate;
- 4) **D.M. 12 settembre 2006**, emanato ai sensi della L.30 dicembre 2004 n.311 (finanziaria 2005), che ha fissato le tariffe massime per ricoveri ospedalieri e per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, stabilendo che “gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime...restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe”;
- 5) **D.M. del 18 dicembre 2008** che ha aggiornato sia la classificazione dei codici di diagnosi e procedure con la introduzione della ICD-9-CM 2007, sia il sistema di classificazione dei D.R.G., prevedendo il passaggio dalla versione 19 alla versione 24 del Grouper.

Il sistema di rimborso tariffario, così come era stato delineato dal riordino del S.S.N. del 1992, era impostato sul rispetto delle competenze regionali in materia, per cui dovevano essere le Regioni a dover attivare appositi processi diretti a stabilire le singole poste tariffarie; lo Stato, invece, le ha anticipate fissando un completo tariffario – da considerarsi come uno strumento transitorio in attesa dell’azione regionale – pur riconoscendo che esso costituiva un tetto invalicabile, all’interno del quale le Regioni potevano stabilire le tariffe da applicare nel loro ambito territoriale. In sostanza, quindi, il tariffario nazionale è venuto ad assumere una funzione vicariante nei confronti delle Regioni che ancora non avevano provveduto a determinare, nel rispetto di quel tetto definito insuperabile, le loro tariffe.

Con gli anni, nei limiti consentiti dalla norma nazionale, ogni regione ha provveduto a strutturare il proprio sistema di finanziamento sulla base di propri obiettivi di programmazione sanitaria.

Lo stesso art. 5 del Nuovo Patto della Salute 2010-2012 ai fini del mantenimento dell’equilibrio economico finanziario dei bilanci regionali, prevede che qualora si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre proiettati su base annua, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5% (il livello si abbassa in presenza di scarse entrate fiscali) le Regioni si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20% dello squilibrio stimato, i seguenti interventi:

- ✓ Ulteriori misure in materia di regressione

- ✓ Misure per garantire l'equilibrio economico- finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni erogate;
- ✓ Ulteriori ticket.

Per quanto su esposto e partendo dall'assunto che ogni Regione ha la responsabilità di definire il proprio sistema tariffario, anche la Regione Molise ha deciso di non seguire più le tariffe ministeriali ma di approntare un suo tariffario.

Gli esiti dei processi di monitoraggio condotti sull'attività di ricovero nel corso dell'ultimo anno, ai fini di valutare il livello di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di ricovero e il loro impatto sulla spesa sanitaria, hanno suggerito la necessità di apportare una riduzione alle tariffe precedentemente in vigore.

Il nuovo tariffario regionale molisano deve rispondere alla esigenza di garantire il rispetto delle compatibilità economiche del sistema sanitario regionale e delle indicazioni nazionali e regionali di contenimento della spesa ospedaliera e deve favorire, anche sotto il profilo della remunerazione delle prestazioni ed in maniera coerente con l'evoluzione delle tecnologie, il raggiungimento di livelli adeguati di appropriatezza delle prestazioni.

Considerato che questi criteri sono alla base del tariffario unico convenzionale (TUC) utilizzato a livello nazionale per le prestazioni fornite in situazioni di mobilità interregionale, si ritiene opportuno utilizzare tale strumento come base di riferimento generale per la determinazione del tariffario regionale, prevedendo alcune modifiche che tengano conto della peculiare situazione regionale, ancora caratterizzata da un diffuso utilizzo dell'assistenza ospedaliera per problemi di salute che dovrebbero trovare risposta più adeguata a livello di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.



2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1) D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n.421” e sue successive modificazioni ed integrazioni;
- 2) D.M. 15 aprile 1994 “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”;
- 3) D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59”;
- 4) Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- 5) D.M. 14 dicembre 1994 “Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”;
- 6) Linee Guida n.1/1995 “Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle <<Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera>>, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri;
- 7) D.M. del 30 giugno 1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994”;
- 8) Legge 28 dicembre 1995, n. 549, “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;
- 9) D.M. 27 ottobre 2000, n.380 “Regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati;
- 10) D.M. 21 novembre 2005 “Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere;
- 11) D.M. 12 settembre 2006 “Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie”;
- 12) D.M. del 18.12.2008 “Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere” e definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG) di nuova introduzione”;
- 13) D.P.C.M. 29 novembre “Definizione dei livelli di assistenza”;
- 14) D.P.C.M. 05 marzo 2007 “Modifica del D.P.C.M. 29.11.2001, recante <<Definizione dei Livelli essenziali di assistenza>>;
- 15) Decreto-Legge 25 giugno 2008, n.112 “Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”;
- 16) Legge 06 Agosto 2008, n. 133 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008. n.112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”;
- 17) Legge 27 dicembre 2006, n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”;
- 18) Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010- 2012;
- 19) Testo Unico Compensazione Interregionale della Mobilità Sanitaria, versione in vigore per le attività dell’anno 2009 – Conferenza Stato-Regione 6 maggio 2010;



- 20) Accordo del 27 marzo 2007 tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Molise per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n.311 (legge finanziaria 2005);
- 21) D.G.R. n. 783 del 20 luglio 2009 con oggetto: Recepimento D.M. del 18/12/2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella S.D.O. e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" e definizione delle tariffe di riferimento provviste per i D.R.G. di nuova introduzione, in base alla nuova Classificazione della Codifica ICD-9-CM – 2007 e della nuova versione 24 del D.R.G. Grouper. Presa d'atto Relazione tecnica del Servizio Ispettivo Regionale;
- 22) D.G.R. n. 874 del 04 luglio 2005 "Approvazione A.P.P.R.O. Regione Molise";
- 23) D.C.M. 28/07/2009 punto 10 - Tariffe.



3. ARTICOLAZIONE

(Aggiornamento delle tariffe di assistenza ospedaliera secondo versione Grouper 24)

PREMESSA

VISTA l'esigenza che ha la Regione Molise di adempiere agli obiettivi del Piano di rientro 2010-2012;

CONSIDERATO il Nuovo Patto per la Salute 2010-2012, sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza Stato/Regione in data 05 Ottobre 2006 (rep. n. 2648), in cui Stato e Regioni convengono che eventuali risparmi nella gestione del Servizio Sanitario nazionale, effettuati dalle regioni, rimangano nella disponibilità delle regioni stesse;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art.3 comma 6 del D.M. 15 aprile 1994 "le regioni con periodicità almeno triennale provvedono all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni classificatorie e tariffarie delle prestazioni stesse;

RITENUTO CHE le regioni sulla base dell'attività di monitoraggio delle prestazioni ospedaliere devono adeguare i costi delle stesse e considerato che da tale ricognizione emerge la necessità di un aggiornamento dei tetti massimi di alcune tariffe anche per consentire alle Regioni di poter attraverso un sistema tariffario adeguato promuovere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate;

Art. 1

Ambito di applicazione

1.1. Il presente decreto determina i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere e riabilitative in ambito regionale.

1.2. Tali tariffe rappresentano la remunerazione regionale da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti.

1.3. Si considerano soggetti erogatori, purché in possesso dei requisiti di cui all'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (3), e successive modificazioni ed integrazioni: i presidi direttamente gestiti dalle unità sanitarie locali; le aziende ospedaliere autonome; le altre istituzioni sanitarie pubbliche e private, di cui agli articoli 25, 26, 36, 39, 40, 41, 42, 43 della legge 23 dicembre 1978, n.833 (4), ivi compresi gli ospedali militari; i professionisti, ad esclusione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di cui all'art. 8, comma 1, dello stesso decreto.

1.4. Le tariffe costituiscono la remunerazione omnicomprensiva, corrispondente a ciascun episodio di ricovero specifico secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi. Dette tariffe remunerano, conseguentemente, tutte le attività e le prestazioni erogate a ciascun paziente nel corso dell'intero ricovero.

1.5. Le prestazioni correlate al ricovero programmato preventivamente erogate al paziente dalla medesima Struttura, che esegue il ricovero, sono sempre remunerate dalla tariffa omnicomprensiva del D.R.G.. Il ricovero programmato si compone di tre momenti: indagini diagnostiche preliminari – fase dell'intervento chirurgico – controllo successivo. Le indagini diagnostiche pre-intervento non sono soggette a partecipazione alla spesa da parte del cittadino solo che i referti delle stesse devono essere allegati alla Cartella Clinica che costituisce il diario del ricovero.



1.6. Il paziente che esegue prestazioni diagnostiche pre-ricovero in D.S., in caso di rifiuto all'intervento, è tenuto al pagamento dell'intero costo degli esami ambulatoriali sostenuti e la SDO va annullata.

1.7. Per ciascuna unità operativa di ogni Istituto di Cura pubblico e privato per ogni episodio di ricovero vi è obbligo di compilazione della SDO (parte SAO: Scheda di Accettazione Ospedaliera contenente i dati anagrafici, parte intermedia: trasferimento di reparto, parte SDO: dati prestazioni sanitarie con relative codifiche).

Essa costituisce la rappresentazione fedele della Cartella Clinica, ha rilevanza medico-legale ed è l'unico titolo per l'accesso alla remunerazione della prestazione.

1.8. In caso di ricovero per paziente solvente la SDO va comunque redatta ma deve riportare nel campo "onere di degenza" l'importo di € 0,00.

Art.2

Prestazioni

Al fine di garantire la uniforme applicazione delle norme di cui al presente decreto, si individuano come:

a) prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza: i singoli episodi di ricovero, specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi, riportato nell'Allegato 1.

b) prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno: i singoli episodi di ricovero, specificati secondo la classificazione riportata all'allegato 1;

c) prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza: i singoli episodi di ricovero, specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi riportato in Allegato 2.

Art.3

Tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti

3.1. Le tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero (R.O. - D.H./D.S.), a carico del Servizio sanitario nazionale, comprendono una remunerazione per D.R.G. specifico che rappresenta un sistema isorisorse omnicomprensivo.

Art.4

Tariffa del D.H./D.S.

a. I D.R.G. di tipo Chirurgico (Tabella c) hanno tariffa D.R.G. specifica per caso trattato.

b. La tariffa per il Day Hospital (Tabella c) D.R.G. di Tipologia Medica è da intendersi per singolo accesso.

c. Fanno eccezione a tale regola i D.R.G. Medici 124 - 125 - 323 che, pur essendo di Tipologia Medica, hanno tariffa D.R.G. specifica per caso trattato (sono considerati alla stregua dei D.R.G. Chirurgici).

Art.5

Capacità lavorativa massima

Le giornate totali dei dimessi nell'anno non devono superare il Tasso di Occupazione massimo.

Esso corrisponde ai seguenti parametri:

i ricoveri non devono superare i valori del Tasso di Occupazione espresso in giornate di degenza secondo le seguenti formule:

$$-R.O. = \text{numero P.L.} \times 365\text{gg} = T.O. 100\%$$

$$-D.H./D.S. = \text{numero P.L.} \times 2 \times 300\text{gg} = T.O. 100\%$$



Art.6

Regole di apertura e chiusura SDO

Le SDO devono avere una numerazione con sequenza nosologica rigorosamente cronologica.

Le SDO dei D.H. prevedono la chiusura con la data dell'ultimo accesso e comunque non oltre il 31/12 dell'anno stesso.

Le SDO dei ricoveri in R.O. a cavallo di due anni possono avere chiusura nell'anno successivo a quello dell'ammissione.

In caso di trasferimento dal ricovero per acuti al ricovero riabilitativo, va chiusa la prima SDO e riaperta una successiva per la Riabilitazione e viceversa.

Il Referente SDO di Reparto ha l'obbligo di chiedere se il paziente ha una Cartella di Ricovero in D.H. aperta presso stessa o altra Struttura. Nel qual caso si deve provvedere prima alla chiusura della SDO in D.H. (con data ultimo accesso) e dopo aprire altra SDO per ricovero ordinario. Idem non possono essere aperte contemporaneamente due SDO per Ricoveri in D.H. anche se trattasi di patologie diverse.

Art.7

Regole di codifica

Codici di **diagnosi**: obbligo di uso del carattere a 5 cifre (sottoclasse) ove esistente, altrimenti carattere a 4 cifre (sottocategoria) e solo ove assenti questi, il carattere a 3 cifre (categoria).

Codici di **procedure**: dare la precedenza al codice a 4 cifre, ove non esistente fare uso del carattere a 3 cifre.

Particolare attenzione richiede l'uso per la codifica di diagnosi dei codici "V".

La ICD-9-CM - 2007 (Grouper 24) prevede anche l'uso dei codici "E" in diagnosi e del capitolo "00" per le procedure.

Art.8

Regola fondamentale

Le patologie croniche e/o anamnestiche che non hanno attinenza con il ricovero non devono essere assolutamente codificate in SDO.

Art. 9

Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza

9.1. Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in regime di degenza sono quelle riportate nell'*Allegato 2*.

La riabilitazione prevede le Branche: 28 "Unità Spinale"- 75 "Neuroriabilitazione" - 56 "Riabilitazione" - 60 "Lungodegenza".

9.2. La Disciplina "Neuroriabilitazione" è rappresentata soltanto dalla M.D.C. 1 "Malattie e Disturbi del Sistema Nervoso" (D.R.G. Medici 8 → 35 ed i nuovi D.R.G. 524 e dal 559 al 564). E' prevista anche una R.A.I. (Riabilitazione in Assistenza Intensiva) da erogare in Brancha 75/01 con tariffa giornaliera corrispondente ad €444,00 per un max di 15 gg di degenza. L'istituzione del Ricovero in R.A.I. si rende necessario al fine di evitare il trasferimento da reparto per acuti in riabilitazione prima dell'assestamento dei parametri vitali fisiologici del paziente, onde evitare continui passaggi di reparto e consentire agli operatori la stesura di un progetto riabilitativo individuale più appropriato a medio/breve/lungo termine imperniato su idonee scale di valutazione a punteggio all'*income* ed all'*outcome*.

9.3. Per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera si tiene conto delle quattro Grandi Categorie Diagnostiche della Riabilitazione (M.D.C.= Major Diagnostic Categories):

MDC1 Malattie e disturbi del sistema nervoso

MDC4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio

MDC5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio

MDC8 Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo che hanno una tariffazione diversificata per D.R.G., mentre tutte le altre M.D.C. hanno una tariffazione univoca.

9.4. Le tariffe delle Discipline 28 e 75 non prevedono abbattimenti di soglia (comunque la durata della degenza è regolata dalle Linee Guida dei Protocolli Riabilitativi).

9.5. Le tariffe della Disciplina 56 prevedono una decurtazione del 20% oltre il 40° giorno di degenza e del 40% oltre il 60° giorno di degenza, e fino al 120° giorno, oltre il quale non esiste remunerazione (comunque la degenza è regolata dai Protocolli Riabilitativi per M.D.C.).

9.6. La lungodegenza prevede una tariffa univoca per tutti gli M.D.C. e gli abbattimenti di soglia come da tabella.

9.7. Il D.H. riabilitativo prevede una tariffa univoca per singolo accesso per la Branca 56. Una tariffa unica per la M.D.C.1 della Neuroriabilitazione, una tariffa diversificata per gli accessi delle categorie 1-4-5-8- della Lungodegenza ed una tariffa fissa per tutte le altre M.D.C.

Sono anche in corso di emanazione le Linee-Guida sulla Riabilitazione.

Art. 10

Composizione tabellare del Tariffario

Le tariffe e i valori dei D.R.G. sono quelli individuati nelle colonne (Tabelle) dell'*Allegato 1 e dell'Allegato 2*.

L'*Allegato 1* presenta 8 colonne così suddivise:

Tabella (a) "Tariffa piena dei Ricoveri Ordinari da 2 gg di degenza fino al V.S."

Tabella (b) "Tariffa del Ricovero Ordinario di 1 gg di degenza"

Tabella (c) "Tariffa del Ricovero in D.H./D.S./O.D.S. secondo la tipologia"

Tabella (d) "Valore dell'incremento pro die oltre il Valore Soglia"

Tabella (e) "Valore Soglia secondo il D.M.18/12/2008"

Tabella (f) "Peso relativo per D.R.G. secondo il D.M. 18/12/2008".

L'*Allegato 2* comprende le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera. Esso è articolato in un'unica Tabella riepilogativa con tariffe per M.D.C. per le discipline 28 - 75 - 56 - 60 in R.O. ed altra Tabella riportante le tariffe in D.H. per le discipline 28 - 56 - 75.

Art. 11

Oneri accessori

Vige sempre la regola che in caso di decesso del paziente o di suo trasferimento presso altra Struttura, in prima giornata, la valorizzazione corrisponde al doppio della tariffa diurna (tab. b).

Art. 12

Ricoveri psichiatrici

I ricoveri psichiatrici (M.D.C.19) seguono le regole di tariffazione delle Discipline per acuti, in attesa del trasferimento degli stessi, qualora trattasi di patologie croniche in Branca 60.

Art. 13

Protesi

a. Per alcune protesi (solo quelle riportate nell'*Allegato 3*), è riconosciuta una tariffa aggiuntiva a quella prevista del D.R.G. specifico, solo per alcune codifiche di diagnosi e procedure.

b. Mentre per alcuni D.R.G. è prevista una tariffa D.R.G. particolare per singolo episodio di ricovero secondo le variabili dei codici di intervento/procedure e diagnosi.

Art. 14

Attività di prelievo e trapianti d'organi

L'attività di prelievo, trapianti d'organo, trasporto degli stessi, ricerca e reperimento di cellule staminali è regolata e tariffata nell'allegato delle protesi mentre le tariffe inerenti l'espianto di organo da cadavere e l'impianto di cuore artificiale sono riportate a margine dell'Allegato 1.

Art. 15

D.R.G. particolari

15.1. Il D.R.G. 481 prevede doppia tariffa (trapianto autologo - trapianto allogenico).

15.2. Il D.R.G. 410 (Chemioterapia) ugualmente prevede duplice tariffa:

- tariffa ambulatoriale corrispondente al 10% di quella del D.H. più rimborso costo Farmaci ex-factory per seduta solo per la Chemioterapia con l'uso di Farmaci innovativi e ad alto costo (come da elenco di Tabella AIFA)
- tariffa come da tabelle nomenclatore con l'uso di altri Farmaci

Ragion per cui è stata richiesta l'autorizzazione per poter applicare una tariffa univoca, equa, media per accesso, omnicomprendiva anche di Farmaco corrispondente ad € 1.235,00 (per la stessa si è in attesa di approvazione Ministeriale).

Per tale tariffazione si rimanda all'Allegato 4.

Art. 16

Metodologia utilizzata per definire il Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale

1. Considerato che i criteri indicati dal suddetto art.1 comma 2 sono alla base del tariffario unico convenzionale (TUC), utilizzato a livello nazionale per le prestazioni fornite in situazioni di mobilità interregionale per l'anno 2009, si è ritenuto opportuno utilizzare tale strumento come base di riferimento generale per la determinazione del tariffario regionale, prevedendo alcune modifiche che tengano conto della peculiare situazione regionale (Piano di Rientro), ancora caratterizzata da un diffuso utilizzo dell'assistenza ospedaliera per problemi di salute che dovrebbero trovare risposta più adeguata a livello di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

2. Si definiscono le tariffe regionali con l'utilizzo di una metodologia che in conformità del Patto della Salute e della Classificazione T.U.C. suddivide i D.R.G nelle seguenti 4 Classi:

1. 92 DRG di Alta Specialità: Chirurgici e Medici
2. 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001
3. 65 DRG potenzialmente inappropriati aggiunti dal Patto della Salute
4. 338 restanti D.R.G. normali

Art. 17

Attività di Controllo

Il controllo logico-formale e di merito continuerà a seguire le direttive previste dal Decreto Commissariale della Regione Molise n. 01 del 16 ottobre 2009 "*Ridefinizione Linee Guida per l'attività generale di controllo e monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza*" nonché successivo Decreto Commissariale n.03 del 01 febbraio 2010 "*Sistema Regionale di controllo e monitoraggio dell'Attività Ospedaliera. Linee Guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero (D.R.G., SDO e Cartelle Cliniche) e delle prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriali (A.P.G.)*".

La modifica che ha apportato la tariffazione unica (sia R.O., che R.O. 1 gg, che diurno – D.S.) per i D.R.G. chirurgici potenzialmente inappropriati per il Patto della Salute, elimina anche la soglia percentuale di erogazione R.O./D.S. degli stessi mentre con l'istituendo Day Service dovrà essere verificato il dato incrociato e l'erogazione percentuale tra Day Surgery (File A Ricoveri) e Day Service (File C Ambulatorio) degli stessi.

Art.18

Tariffazione Strutture di Fascia B

Per le Case di Cura private insistenti sul territorio regionale, elencate nella D.G.R. n.15 del 08/01/2003 è prevista la decurtazione del 10% delle tariffe prestabilite, pertanto tutte le prestazioni in regime di ricovero erogate dalle stesse saranno remunerate al 90% della corrispondente tariffa del nuovo nomenclatore tariffario regionale.

Art.19

Norma sostitutiva

Il seguente tariffario, dalla sua entrata in vigore, annulla tutte le precedenti deliberazioni regionali in materia di tariffazione (si veda l'apposito schema riepilogativo delle stesse Allegato 8).

Art.20

Decorrenza

1. Il Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera entra in vigore a decorrere dal II semestre 2010 per poter coincidere con i Flussi ministeriali semestrali dell'Archivio SDO. Pertanto esso è immediatamente esecutivo con applicazione pratica per tutti i dimessi dalla data dell'01/07/2010.

2. La Regione Molise articola il nuovo tariffario in funzione delle diverse tipologie di erogatori, individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate.

Art.21

Ambito di applicazione del tariffario

Questo nuovo tariffario regionale riguarda unicamente i Ricoveri per Acuti (Ricoveri Ordinari e Ricoveri diurni medici e chirurgici) ed i ricoveri in riabilitazione e lungodegenza; ad esso seguirà apposito tariffario per l'attività ambulatoriale di

Day Service (APAc - Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali Chirurgiche e PACd - Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Diagnostiche).

Nonché la stesura del Nuovo Tariffario delle prestazioni di Medicina Specialistica ambulatoriale (Tariffario Bindi) ormai obsoleto.

Art.22

Indicatori T.U.C.

Si riportano, come "Allegato 6", anche alcuni Indicatori T.U.C. di potenziale inappropriatazza suddivisi per settore: chirurgico, medico e generale, con relativa codifica, valore soglia, nominatore e denominatore.

Si allega altresì "Allegato 5" riguardante i Farmaci oncologici ad alto costo.

Art. 23

Impatto economico

Si allega anche prospetto sinottico dell'impatto economico (risparmio derivante dall'applicazione del Nuovo Tariffario Regionale determinato sia su base semestrale che annua) (Allegato 9).

Art. 24

Disposizioni finali

1. Le disposizioni contenute nel presente documento e gli Allegati 1 e 2 sono parte integrante del Decreto Commissariale avente ad oggetto "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale" e sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.
2. Al Decreto Commissariale si allegano:
 - Allegato 1 e 2 "Tariffe per ricoveri per acuti e riabilitazione"
 - Allegato 3 "Tariffe protesi"
 - Allegato 4 "D.R.G. 410"
 - Allegato 5 "Farmaci oncologici ad alto costo"
 - Allegato 6 "Indicatori T.U.C."
 - Allegato 7 "Note Agenas e stralcio T.U.C. versione 24 Grouper "
 - Allegato 8 "Delibere Regionali in materia tariffaria abrogate"
 - Allegato 9 "Impatto economico".
3. Al Nomenclatore tariffario dei D.R.G. conformi alla versione 24 del Grouper seguiranno:
 - Linee Guida requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle attività in regime diurno (D.H., D.S. E ONE DAY SURGERY);
 - Linee Guida della Day Service (APAc) e (PACd) con relativa tariffazione;
 - stesura del Nomenclatore Regionale della Medicina Specialistica Ambulatoriale (A.P.G.) essendo obsoleto il D.M. 22.07.96 (nomenclatore Bindi).

DIREZIONE GENERALE V
SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
(Dott. Michele Antonelli)



TARIFE D.R.G. PER ACUTI

All. 1

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	1	C	001	Craniotomia, età > 17 anni con CC	12.241,21	2.475,00	2.475,00	303,89	53	4,1798
Alta complessità	1	C	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	9.295,26	1.879,36	1.879,36	230,75	34	3,1739
Alta complessità	1	C	003	Craniotomia, età < 18 anni	9.136,09	1.842,55	1.842,55	283,69	40	2,3194
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	1	C	006	Decompressione del tunnel carpale	817,08	817,08	817,08	260,46	4	0,7369
Alta complessità	1	C	007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	7.434,65	1.242,23	1.242,23	194,62	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	2.077,44	2.077,44	2.077,44	160,24	10	1,5811
	1	M	009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	4.213,76	206,05	206,05	214,46	24	1,2757
	1	M	010	Neoplasie del sistema nervoso con CC	3.926,12	265,78	265,78	229,47	33	1,3787
	1	M	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	2.568,58	248,82	248,82	209,62	32	1,0329
	1	M	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.213,41	174,29	174,29	187,34	23	0,9103
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	1	M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.120,86	171,57	171,57	190,26	17	0,7921
	1	M	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.204,57	183,67	183,67	188,42	30	1,2605
	1	M	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.143,55	190,61	190,61	202,78	23	0,8996
	1	M	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.118,11	166,92	166,92	124,89	17	0,8471
	1	M	018	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	2.439,95	185,52	185,52	191,22	24	1,0912
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	1	M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.182,69	179,32	179,32	142,81	20	0,7168
	1	M	021	Meningite virale	2.420,03	182,80	182,80	132,63	22	0,7956
	1	M	022	Encefalopatia ipertensiva	2.670,63	188,60	188,60	202,84	14	0,9386
	1	M	023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.203,99	175,44	175,44	160,24	27	0,8025

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	1	M	026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.377,30	227,73	227,73	244,48	10	0,4853
	1	M	027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	3.597,33	237,40	237,40	228,99	28	1,5179
	1	M	028	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	3.357,02	231,60	231,60	237,71	27	1,312
	1	M	029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	1.713,48	200,23	200,23	207,68	18	0,8898
	1	M	030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.122,56	274,59	274,59	274,50	4	0,4185
	1	M	031	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	1.666,98	318,74	318,74	305,47	17	1,1124
	1	M	032	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.116,81	271,88	271,88	159,76	10	0,7013
	1	M	033	Commozione cerebrale, età < 18 anni	882,25	315,64	315,64	316,13	4	0,4028
	1	M	034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	2.889,07	165,58	165,58	169,88	31	1,1364
	1	M	035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	1.730,55	99,18	99,18	101,75	21	0,6807
Pot. inapp. P.d.S. 2009	2	C	036	Interventi sulla retina	2.132,05	2.132,05	2.132,05	173,31	10	0,8348
	2	C	037	Interventi sull'orbita	3.154,51	2.523,60	2.523,60	226,57	17	1,47
Pot. inapp. P.d.S. 2009	2	C	038	Interventi primari sull'iride	1.467,46	1.467,46	1.467,46	209,12	10	0,8505
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	2	C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.020,38	1.020,38	1.020,38	228,02	4	0,4834
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	2	C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.048,36	1.048,36	1.048,36	244,95	7	0,88
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	2	C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	973,32	973,32	973,32	245,93	4	0,5851
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	2	C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.717,40	1.717,40	1.717,40	183,96	10	0,8445
	2	M	043	Ifema	928,75	180,86	180,86	167,01	10	0,4338
	2	M	044	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.900,71	184,35	184,35	142,33	20	0,6302

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	2	M	045	Malattie neurologiche dell'occhio	1.786,31	223,07	223,07	231,40	17	0,7576
	2	M	046	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	1.868,30	215,33	215,33	227,04	24	0,8331
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	2	M	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.413,23	199,84	199,84	211,07	14	0,5865
	2	M	048	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.305,28	238,19	238,19	264,32	10	0,4041
Alta complessità	3	C	049	Interventi maggiori sul capo e sul collo	7.176,37	1.859,98	1.859,98	182,99	35	2,0117
	3	C	050	Sialoadenectomia	2.532,42	2.025,94	2.025,94	209,12	11	1,2243
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.775,75	1.775,75	1.775,75	206,71	10	1,0207
	3	C	052	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.232,75	1.786,19	1.786,19	198,01	14	1,0245
	3	C	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.096,23	1.676,98	1.676,98	182,99	7	0,9386
	3	C	054	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	1.959,71	1.567,76	1.567,76	150,08	10	1,0271
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	3	C	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.404,79	1.404,79	1.404,79	206,71	4	0,8198
	3	C	056	Rinoplastica	1.649,87	1.319,90	1.319,90	197,51	7	0,9354
	3	C	057	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	1.389,42	1.111,53	1.111,53	176,22	7	0,5965
	3	C	058	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.313,90	1.051,11	1.051,11	236,24	4	0,5327
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	764,12	764,12	764,12	166,54	7	0,5892
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	506,19	506,19	506,19	212,53	4	0,3999
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.771,09	1.771,09	1.771,09	340,82	7	1,1514
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.012,37	1.012,37	1.012,37	276,43	4	0,5501
	3	C	063	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.048,01	2.438,40	2.438,40	190,74	13	1,4586

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	3	M	064	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	2.804,78	265,78	265,78	213,98	28	1,1392
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	3	M	065	Alterazioni dell'equilibrio	1.057,81	183,95	183,95	199,93	13	0,5827
	3	M	066	Epistassi	1.281,82	206,80	206,80	158,79	13	0,5555
	3	M	067	Epiglottite	1.428,32	268,78	268,78	244,95	10	0,5478
	3	M	068	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	1.884,19	201,78	201,78	227,53	16	0,6264
	3	M	069	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.346,24	180,47	180,47	197,51	10	0,4364
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	M	070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	1.085,53	197,90	197,90	174,76	7	0,3156
	3	M	071	Laringotracheite	1.331,61	194,42	194,42	232,37	10	0,2391
	3	M	072	Traumatismi e deformità del naso	1.571,92	277,68	277,68	267,23	10	0,6547
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	M	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.606,49	233,15	233,15	242,05	13	0,6101
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	M	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	1.098,69	271,88	271,88	257,55	7	0,3479
Alta complessità	4	C	075	Interventi maggiori sul torace	7.561,91	1.791,71	1.791,71	206,24	28	2,396
Alta complessità	4	C	076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	7.161,47	1.134,77	1.134,77	200,42	44	2,4914
	4	C	077	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	2.513,04	2.010,44	2.010,44	191,22	31	1,499
	4	M	078	Embolia polmonare	3.423,68	183,95	183,95	191,70	31	1,3409
	4	M	079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.317,00	174,29	174,29	189,77	40	1,7612
	4	M	080	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	3.649,46	151,82	151,82	174,28	44	1,2661
	4	M	081	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	3.440,95	244,77	244,77	272,55	27	2,1163
	4	M	082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	3.037,27	193,64	193,64	157,34	34	1,3292

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	4	M	083	Traumi maggiori del torace con CC	1.926,65	214,17	214,17	212,04	20	0,8415
	4	M	084	Traumi maggiori del torace senza CC	1.171,54	199,07	199,07	204,79	10	0,5879
	4	M	085	Versamento pleurico con CC	3.482,52	187,84	187,84	213,98	30	1,3703
	4	M	086	Versamento pleurico senza CC	3.061,96	182,41	182,41	130,71	30	1,0366
	4	M	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.520,43	202,94	202,94	201,39	27	1,2243
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	4	M	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	2.163,81	153,76	153,76	169,43	21	0,8209
	4	M	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	2.976,35	180,09	180,09	197,51	28	1,1394
	4	M	090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	1.986,04	145,23	145,23	116,67	24	0,7579
	4	M	091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.551,75	181,64	181,64	208,65	14	0,4735
	4	M	092	Malattia polmonare interstiziale con CC	3.744,65	173,12	173,12	189,29	27	1,2842
	4	M	093	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.489,16	164,98	164,98	183,96	23	0,9037
	4	M	094	Pneumotorace con CC	3.417,92	190,93	190,93	204,79	27	1,2102
	4	M	095	Pneumotorace senza CC	1.797,01	161,50	161,50	173,31	17	0,6905
	4	M	096	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	1.780,40	166,53	166,53	179,60	18	0,8033
	4	M	097	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.397,75	147,56	147,56	122,00	17	0,5563
	4	M	098	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.225,45	189,38	189,38	217,85	10	0,3816
	4	M	099	Segni e sintomi respiratori con CC	1.931,44	163,83	163,83	107,95	27	0,8876
	4	M	100	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.432,99	152,20	152,20	101,17	14	0,4835
	4	M	101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.246,69	208,37	208,37	219,79	24	0,9305

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	4	M	102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.348,94	193,25	193,25	209,62	13	0,6018
Alta complessità	Pre	C	103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	56.341,50	6.335,70		542,21	91	14,5725
Alta complessità	5	C	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	19.857,15	11.290,80	11.290,80	632,26	35	6,062
Alta complessità	5	C	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	15.780,80	6.706,34	6.706,34	289,80	28	4,5572
Alta complessità	5	C	106	Bypass coronarico con PTCA	20.142,81	16.114,24	16.114,24	613,38	39	5,4736
Alta complessità	5	C	108	Altri interventi cardiotoracici	11.715,64	3.833,74	3.833,74	350,01	37	4,1166
Alta complessità	5	C	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	10.510,06	2.635,54	2.635,54	265,29	33	3,3918
Alta complessità	5	C	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	6.443,60	1.810,59	1.810,59	216,88	24	2,5742
	5	C	113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	8.858,40	7.086,72	7.086,72	200,90	57	3,1389
	5	C	114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.039,86	4.831,88	4.831,88	221,25	45	1,8488
	5	C	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	4.567,17	3.653,73	3.653,73	279,83	17	1,0645
	5	C	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	6.051,47	4.841,17	4.841,17	243,51	7	1,0532
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	5	C	119	Legatura e stripping di vene	1.334,71	1.334,71	1.334,71	229,47	4	0,735
	5	C	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.211,24	4.968,99	4.968,99	292,89	37	2,0581
	5	M	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	3.891,14	221,53	221,53	222,69	21	1,5817
	5	M	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.099,01	219,60	219,60	219,79	17	1,2157
	5	M	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	2.797,37	326,49	326,49	286,10	23	1,3033
	5	M	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.394,64	2.715,71	2.715,71	338,40	21	1,195
	5	M	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	1.628,58	1.302,86	1.302,86	230,91	7	0,7002

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	5	M	126	Endocardite acuta e subacuta	6.659,73	196,74	196,74	210,58	74	3,7891
	5	M	127	Insufficienza cardiaca e shock	2.463,24	178,53	178,53	186,37	21	1,027
	5	M	128	Tromboflebite delle vene profonde	2.095,36	158,41	158,41	172,34	21	0,7518
	5	M	129	Arresto cardiaco senza causa apparente	3.219,56	248,26	248,26	188,32	32	1,3124
	5	M	130	Malattie vascolari periferiche con CC	2.643,27	187,06	187,06	200,42	23	1,0117
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	5	M	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.197,86	169,63	169,63	185,42	21	0,5993
	5	M	132	Aterosclerosi con CC	2.273,02	186,68	186,68	141,84	20	0,8086
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	5	M	133	Aterosclerosi senza CC	1.055,17	173,12	173,12	130,22	17	0,6284
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	5	M	134	Iipertensione	944,77	175,83	175,83	138,94	17	0,6701
	5	M	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.424,15	198,29	198,29	199,93	24	0,9689
	5	M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	1.660,82	178,93	178,93	197,03	17	0,6748
	5	M	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	2.550,47	348,17	348,17	333,55	10	0,8484
	5	M	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.575,16	240,89	240,89	260,46	17	0,8028
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	5	M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1.509,37	182,80	182,80	196,07	10	0,5223
	5	M	140	Angina pectoris	1.736,52	184,73	184,73	198,01	14	0,6197
	5	M	141	Sincope e collasso con CC	1.925,41	197,51	197,51	147,17	20	0,7693
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	5	M	142	Sincope e collasso senza CC	997,70	182,03	182,03	134,09	13	0,5969
	5	M	143	Dolore toracico	1.683,17	286,59	286,59	317,57	10	0,4879
	5	M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	2.957,77	215,33	215,33	220,27	23	1,1779

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	5	M	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.013,54	189,00	189,00	204,79	21	0,6869
Alta complessità	6	C	146	Resezione rettale con CC	8.615,26	1.724,42	1.724,42	200,90	45	2,9562
Alta complessità	6	C	147	Resezione rettale senza CC	6.017,60	1.362,30	1.362,30	183,96	37	2,1564
Alta complessità	6	C	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	5.297,61	1.216,60	1.216,60	139,42	28	1,9057
	6	C	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	5.197,98	4.158,38	4.158,38	228,49	30	2,3632
	6	C	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	2.791,43	2.233,14	2.233,14	176,71	17	1,5241
	6	C	152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	4.667,86	3.734,29	3.734,29	195,57	33	1,9591
	6	C	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	3.273,12	2.618,49	2.618,49	187,34	20	1,396
	6	C	155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	4.585,56	3.668,45	3.668,45	174,28	34	2,1457
Alta complessità	6	C	156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	4.838,57	1.039,89	1.039,89	225,12	24	1,2426
	6	C	157	Interventi su ano e stoma con CC	3.237,78	2.590,22	2.590,22	204,79	21	1,1158
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	158	Interventi su ano e stoma senza CC	1.243,94	1.243,94	1.243,94	202,35	10	0,6093
	6	C	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	4.592,83	3.674,26	3.674,26	184,46	27	1,4492
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.680,74	1.680,74	1.680,74	181,06	13	1,0953
	6	C	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	2.678,63	2.142,90	2.142,90	215,43	13	0,9993
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.301,32	1.301,32	1.301,32	195,09	7	0,7448
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	C	163	Interventi per ernia, età < 18 anni	981,37	981,37	981,37	275,94	4	0,6383
	6	C	164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	4.037,07	3.229,65	3.229,65	217,85	21	1,4998
	6	C	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	2.099,63	1.679,69	1.679,69	208,17	14	1,1181

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	6	C	166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	2.917,29	2.333,83	2.333,83	212,04	14	1,1639
	6	C	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	1.528,85	1.223,08	1.223,08	174,28	8	0,8102
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	168	Interventi sulla bocca con CC	2.045,49	2.045,49	2.045,49	185,42	10	1,052
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	3	C	169	Interventi sulla bocca senza CC	1.495,26	1.495,26	1.495,26	183,47	7	0,9013
	6	C	170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	6.632,43	5.305,95	5.305,95	228,49	47	2,6806
	6	C	171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	3.679,30	2.943,43	2.943,43	199,93	31	1,675
	6	M	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	3.142,63	253,67	253,67	222,69	37	1,4942
	6	M	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.905,61	251,26	251,26	203,81	28	0,8939
	6	M	174	Emorragia gastrointestinale con CC	2.873,77	198,39	198,39	198,20	21	1,0599
	6	M	175	Emorragia gastrointestinale senza CC	1.709,37	172,73	172,73	180,57	17	0,6562
	6	M	176	Ulcera peptica complicata	2.343,07	202,55	202,55	201,39	20	1,0127
	6	M	177	Ulcera peptica non complicata con CC	2.327,03	167,31	167,31	173,31	21	0,9769
	6	M	178	Ulcera peptica non complicata senza CC	1.584,68	161,50	161,50	127,80	17	0,7185
	6	M	179	Malattie infiammatorie dell'intestino	2.600,68	185,12	185,12	196,54	27	1,0586
	6	M	180	Occlusione gastrointestinale con CC	2.206,04	193,25	193,25	200,90	23	0,8868
	6	M	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.428,32	167,31	167,31	127,31	14	0,5614
	6	M	182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	1.869,08	177,37	177,37	140,87	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	1.053,25	171,18	171,18	139,42	13	0,5568
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	6	M	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	775,22	176,57	176,57	198,51	7	0,3014

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	3	M	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	1.464,35	233,53	233,53	222,20	18	0,6621
	3	M	186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.270,70	218,44	218,44	238,66	10	0,4601
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	3	M	187	Estrazioni e riparazioni dentali	777,83	278,47	278,47	237,71	7	0,53
	6	M	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.485,66	201,01	201,01	204,79	24	1,0034
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	6	M	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.383,41	187,84	187,84	201,39	14	0,5224
	6	M	190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.301,98	207,97	207,97	228,49	7	0,3783
Alta complessità	7	C	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	12.179,45	2.254,53	2.254,53	249,32	57	3,5599
Alta complessità	7	C	192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	7.531,56	1.387,49	1.387,49	201,39	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	9.045,56	1.769,93	1.769,93	218,81	60	3,6085
	7	C	194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.143,47	4.914,77	4.914,77	218,34	51	2,9871
	7	C	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	6.503,64	5.202,93	5.202,93	194,12	40	2,4776
	7	C	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.245,24	3.396,19	3.396,19	128,29	24	2,1918
	7	C	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.352,09	4.281,67	4.281,67	188,32	40	2,4752
	7	C	198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.817,78	2.254,23	2.254,23	182,51	24	1,5546
	7	C	199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.176,86	4.941,50	4.941,50	155,87	45	2,2656
	7	C	200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	5.840,89	4.672,72	4.672,72	262,87	50	2,7306
	7	C	201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	7.989,89	6.391,92	6.391,92	303,05	51	2,8743
	7	M	202	Cirrosi e epatite alcolica	3.070,48	239,35	239,35	232,85	27	1,2862
	7	M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	2.803,55	256,58	256,58	205,25	35	1,2825

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	7	M	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	2.470,94	181,64	181,64	190,74	24	1,0518
	7	M	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	2.826,47	204,48	204,48	227,04	27	1,1589
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	7	M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.793,56	202,94	202,94	204,29	21	0,8236
	7	M	207	Malattie delle vie biliari con CC	2.568,92	190,17	190,17	182,51	24	1,162
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	7	M	208	Malattie delle vie biliari senza CC	1.069,81	171,95	171,95	146,67	17	0,6681
	8	C	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	7.107,34	5.685,88	5.685,88	167,99	32	2,0942
	8	C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	3.997,85	3.198,28	3.198,28	166,04	30	1,7174
	8	C	212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.133,58	4.106,87	4.106,87	255,12	28	1,5008
	8	C	213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	5.487,00	4.389,59	4.389,59	148,63	63	2,2148
	8	C	216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.410,32	3.528,24	3.528,24	290,96	24	1,3106
Alta complessità	8	C	217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	8.402,80	2.048,29	2.048,29	238,66	45	2,5978
	8	C	218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	5.295,77	4.236,61	4.236,61	173,79	31	2,0194
	8	C	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	2.594,39	2.075,51	2.075,51	164,59	20	1,3446
	8	C	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	2.391,54	1.913,23	1.913,23	191,22	17	1,0869
	8	C	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.241,95	1.793,56	1.793,56	184,46	4	1,0013
	8	C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	1.912,75	1.530,20	1.530,20	175,73	13	1,0375
	8	C	225	Interventi sul piede	2.133,02	1.706,42	1.706,42	213,01	7	0,8826
	8	C	226	Interventi sui tessuti molli con CC	4.288,80	3.431,04	3.431,04	191,22	24	1,5387
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	C	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.462,43	1.462,43	1.462,43	189,77	10	0,8846

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	C	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.470,60	1.470,60	1.470,60	1.470,60	10	0,9752
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.147,92	1.147,92	1.147,92	182,99	7	0,7372
	8	C	230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	2.164,01	1.731,20	1.731,20	140,87	13	0,9325
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	8	C	232	Artroscopia	1.389,18	1.389,18	1.389,18	182,51	7	0,7595
	8	C	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	6.543,35	5.234,68	5.234,68	236,24	34	2,0269
	8	C	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	3.099,82	2.479,84	2.479,84	192,19	13	1,2519
	8	M	235	Fratture del femore	3.087,90	214,96	214,96	233,34	23	0,5858
	8	M	236	Fratture dell'anca e della pelvi	3.102,71	219,98	219,98	245,93	21	0,6652
	8	M	237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.620,90	185,90	185,90	192,67	17	0,6533
	8	M	238	Osteomielite	3.422,03	204,48	204,48	132,63	44	1,7119
	8	M	239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	2.669,00	272,06	272,06	223,66	30	1,1075
	8	M	240	Malattie del tessuto connettivo con CC	3.764,82	199,07	199,07	162,18	30	1,2952
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	2.405,21	180,86	180,86	133,61	20	0,8096
	8	M	242	Artrite settica	3.214,22	226,18	226,18	144,76	40	1,2626
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	8	M	243	Affezioni mediche del dorso	1.150,33	181,26	181,26	123,44	21	0,6837
	8	M	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.227,33	215,33	215,33	124,41	23	0,8398
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.581,71	176,21	176,21	96,81	28	0,5605
	8	M	246	Artropatie non specifiche	1.783,85	172,35	172,35	115,22	20	0,6199
	8	M	247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.436,87	188,23	188,23	134,09	17	0,5435

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	248	Tendinite, miosite e borsite	1.576,04	183,20	183,20	195,09	23	0,7633
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.103,00	225,01	225,01	209,12	18	0,6192
	8	M	250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	1.723,76	345,07	345,07	162,66	16	0,6694
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	1.186,34	250,58	250,58	153,46	7	0,4164
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	836,98	274,20	274,20	224,15	4	0,2983
	8	M	253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	1.905,65	240,50	240,50	182,99	24	0,7515
Pot. inapp. P.d.S. 2009	8	M	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	1.136,14	175,04	175,04	135,55	10	0,4225
	8	M	255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.120,52	269,56	269,56	193,16	7	0,3765
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	8	M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.302,07	209,13	209,13	164,59	14	0,6224
	9	C	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	4.115,97	3.292,77	3.292,77	186,37	14	1,285
	9	C	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	2.661,19	2.128,95	2.128,95	178,15	14	1,1697
	9	C	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	4.038,51	3.230,81	3.230,81	169,92	13	1,0107
	9	C	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.232,26	1.785,81	1.785,81	147,65	10	0,8896
	9	C	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	2.360,07	1.888,06	1.888,06	216,88	10	1,1165
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.120,13	1.120,13	1.120,13	230,91	7	0,599
	9	C	263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	6.530,28	5.224,22	5.224,22	122,48	37	2,3324
	9	C	264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	3.850,68	3.080,54	3.080,54	111,34	37	1,4659
	9	C	265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.516,34	3.613,06	3.613,06	198,49	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	1.605,56	1.605,56	1.605,56	153,95	10	0,9665

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	C	267	Interventi perianali e pilonidali	1.406,24	1.406,24	1.406,24	210,58	7	0,5312
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	9	C	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.440,97	1.440,97	1.440,97	198,49	10	1,2732
	9	C	269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	3.868,10	3.094,49	3.094,49	235,28	31	1,6138
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.233,05	1.233,05	1.233,05	200,42	7	0,7668
	9	M	271	Ulcere della pelle	3.484,58	156,85	156,85	170,41	30	1,2955
	9	M	272	Malattie maggiori della pelle con CC	2.999,02	208,37	208,37	212,04	27	0,9417
	9	M	273	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.187,12	164,59	164,59	189,29	20	0,5861
	9	M	274	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.602,28	300,63	300,63	180,09	34	1,332
	9	M	275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.396,57	250,28	250,28	150,08	17	0,6197
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	276	Patologie non maligne della mammella	644,85	196,35	196,35	197,51	10	0,4367
	9	M	277	Cellulite, età > 17 anni con CC	2.538,32	172,35	172,35	123,93	30	1,048
	9	M	278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	1.504,63	163,83	163,83	122,48	21	0,6153
	9	M	279	Cellulite, età < 18 anni	1.220,92	202,94	202,94	231,40	10	0,4545
	9	M	280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	1.448,09	247,47	247,47	250,77	17	0,747
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	924,42	242,83	242,83	242,54	7	0,6066
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	1.111,32	377,99	377,99	217,37	4	0,3376
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	283	Malattie minori della pelle con CC	1.352,63	184,73	184,73	137,48	20	0,7898
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	9	M	284	Malattie minori della pelle senza CC	799,77	175,83	175,83	197,03	13	0,4238
	10	C	285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	9.051,08	7.240,86	7.240,86	122,00	59	2,5557

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	10	C	286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.237,08	1.547,24	1.547,24	242,05	27	1,9902
Alta complessità	10	C	287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6.588,47	1.288,72	1.288,72	158,31	34	1,9678
	10	C	288	Interventi per obesità	3.349,13	2.679,30	2.679,30	170,41	17	1,8598
	10	C	289	Interventi sulle paratiroidi	3.351,07	2.680,85	2.680,85	219,29	11	0,8732
	10	C	290	Interventi sulla tiroide	2.339,25	1.871,39	1.871,39	154,43	11	0,9978
	10	C	291	Interventi sul dotto tireoglossa	1.247,09	997,67	997,67	187,84	7	0,8181
	10	C	292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.307,77	5.846,21	5.846,21	317,57	27	2,2587
	10	C	293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	4.726,44	3.781,14	3.781,14	120,54	14	1,4772
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	10	M	294	Diabete, età > 35 anni	1.211,27	168,08	168,08	127,80	20	0,9845
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	10	M	295	Diabete, età < 36 anni	1.642,12	228,11	228,11	242,54	17	0,6016
	10	M	296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.639,77	186,28	186,28	212,04	23	0,8593
	10	M	297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.038,57	180,09	180,09	189,77	21	0,5604
	10	M	298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.224,22	186,28	186,28	190,26	7	0,2651
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	10	M	299	Difetti congeniti del metabolismo	2.236,91	255,61	255,61	216,40	17	0,6979
	10	M	300	Malattie endocrine con CC	2.513,54	209,13	209,13	216,40	20	0,9965
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	10	M	301	Malattie endocrine senza CC	908,45	209,13	209,13	145,71	17	0,5049
Alta complessità	11	C	302	Trapianto renale	39.794,73	3.562,31		697,61	42	10,2927
Alta complessità	11	C	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	5.884,47	1.333,56	1.333,56	135,04	25	1,9629
Alta complessità	11	C	304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	6.813,18	1.364,25	1.364,25	211,07	34	1,8026

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	11	C	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.552,16	3.641,72	3.641,72	205,74	20	1,5231
	11	C	306	Prostatectomia con CC	4.201,18	3.360,94	3.360,94	204,29	18	1,2221
	11	C	307	Prostatectomia senza CC	2.602,62	2.082,09	2.082,09	169,43	14	1,0155
	11	C	308	Interventi minori sulla vescica con CC	4.952,52	3.962,03	3.962,03	264,82	24	1,5522
	11	C	309	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.198,09	2.558,46	2.558,46	147,17	13	1,0453
	11	C	310	Interventi per via transuretrale con CC	3.404,32	2.723,45	2.723,45	243,03	17	1,0057
	11	C	311	Interventi per via transuretrale senza CC	1.932,11	1.545,68	1.545,68	151,04	10	0,7204
	11	C	312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	2.176,11	1.740,88	1.740,88	197,03	17	1,1378
	11	C	313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	1.981,49	1.585,20	1.585,20	175,25	10	1,0316
	11	C	314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	2.229,36	1.783,49	1.783,49	187,84	17	1,2121
	11	C	315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	5.418,73	4.334,99	4.334,99	204,79	41	2,0141
	11	M	316	Insufficienza renale	3.159,50	242,05	242,05	236,73	27	1,1501
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	317	Ricovero per dialisi renale	1.966,55	223,07	223,07	159,76	1	0,6553
	11	M	318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	2.898,20	312,25	312,25	263,36	34	1,2854
	11	M	319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.288,34	234,32	234,32	193,16	17	0,6912
	11	M	320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.092,93	185,12	185,12	193,16	23	0,8462
	11	M	321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.649,48	175,44	175,44	152,49	17	0,6057
	11	M	322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.724,99	206,80	206,80	158,31	11	0,4272
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	2.599,71	2.079,77	2.079,77	231,40	10	0,552

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	11	M	324	Calcolosi urinaria senza CC	914,14	166,15	166,15	173,79	10	0,401
	11	M	325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.195,18	225,41	225,41	242,05	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	1.161,65	197,90	197,90	214,46	10	0,4283
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.425,02	211,46	211,46	238,19	7	0,34
	11	M	328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	1.965,91	240,89	240,89	142,33	17	0,6628
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	1.138,64	180,86	180,86	116,67	10	0,4816
	11	M	330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.022,99	232,77	232,77	164,11	7	0,2655
	11	M	331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.473,64	197,90	197,90	204,29	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	1.609,20	192,10	192,10	204,29	17	0,6109
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	11	M	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.787,54	256,77	256,77	261,42	13	0,6084
	12	C	334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	5.103,09	4.082,46	4.082,46	197,51	20	2,2241
	12	C	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	4.106,29	3.285,03	3.285,03	192,19	16	1,9084
	12	C	336	Prostatectomia transuretrale con CC	3.242,62	2.594,10	2.594,10	171,38	15	1,0273
	12	C	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.465,60	1.972,48	1.972,48	166,04	11	0,8688
	12	C	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	3.014,13	2.411,29	2.411,29	212,04	10	0,9144
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.190,15	1.190,15	1.190,15	179,12	7	0,6763
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.092,16	1.092,16	1.092,16	280,29	4	0,5987
	12	C	341	Interventi sul pene	2.960,39	2.368,30	2.368,30	191,22	13	1,2213
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	342	Circoncisione, età > 17 anni	983,66	983,66	983,66	248,36	4	0,5593

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	343	Circoncisione, età < 18 anni	679,30	679,30	679,30	228,99	4	0,2944
	12	C	344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.373,53	3.498,81	3.498,81	172,34	17	0,9423
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.818,73	1.818,73	1.818,73	212,04	17	0,9432
	12	M	346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.247,97	272,55	272,55	231,40	35	1,1847
	12	M	347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	2.258,72	248,36	248,36	215,91	10	0,6095
	12	M	348	Ipertrofia prostatica benigna con CC	2.163,67	173,50	173,50	182,03	21	0,6199
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	M	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	1.708,54	170,41	170,41	181,06	10	0,4249
	12	M	350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.283,87	201,78	201,78	207,68	13	0,5708
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	M	351	Sterilizzazione maschile <i>(N.B. Mai introdotto in Italia)</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,1967
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	12	M	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	1.215,99	353,21	353,21	180,57	7	0,4639
Alta complessità	13	C	353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.005,34	1.833,84	1.833,84	241,09	22	1,7728
	13	C	354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	5.346,60	4.277,28	4.277,28	166,04	37	2,0274
	13	C	355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	3.035,42	2.428,33	2.428,33	124,89	15	1,2687
	13	C	356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.569,70	2.055,76	2.055,76	126,84	11	0,9206
Alta complessità	13	C	357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	6.320,07	1.575,32	1.575,32	179,12	27	1,7499
	13	C	358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	3.328,79	2.663,03	2.663,03	185,42	15	1,3388
	13	C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	2.390,09	1.912,07	1.912,07	150,55	11	0,9785
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	13	C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.165,60	1.165,60	1.165,60	229,47	10	0,8575
	13	C	361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	1.558,37	1.246,69	1.246,69	237,71	7	0,7171

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	13	C	362	Occlusione endoscopica delle tube	784,27	784,27	784,27	151,04	4	0,5599
	13	C	363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.252,12	1.801,69	1.801,69	251,74	10	0,7937
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	13	C	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1.036,12	1.036,12	1.036,12	220,76	4	0,5395
	13	C	365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	3.482,26	2.785,81	2.785,81	173,31	23	1,2244
	13	M	366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	3.162,78	291,92	291,92	241,57	37	1,3793
	13	M	367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	1.840,64	264,32	264,32	236,73	21	0,6447
	13	M	368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.475,63	193,64	193,64	164,59	10	0,5307
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	13	M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.029,02	234,70	234,70	251,74	7	0,4208
	14	C	370	Parto cesareo con CC	3.160,80	2.528,64	2.528,64	180,57	14	0,9635
	14	C	371	Parto cesareo senza CC	2.211,95	1.769,54	1.769,54	158,79	6	0,7334
	14	M	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.787,54	238,19	238,19	233,34	8	0,5649
	14	M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.186,78	230,82	230,82	184,46	5	0,4439
	14	C	374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	1.823,67	1.458,94	1.458,94	240,60	8	0,6946
	14	C	375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.854,35	2.283,48	2.283,48	317,09	8	0,914
	14	M	376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.021,75	199,46	199,46	207,68	10	0,4582
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	14	C	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.435,77	1.435,77	1.435,77	333,08	7	0,7871
	14	M	378	Gravidanza ectopica	1.800,31	224,24	224,24	169,92	10	0,5765
	14	M	379	Minaccia di aborto	1.638,17	216,11	216,11	202,35	10	0,4424
	14	M	380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	876,49	259,87	259,87	177,66	7	0,3888

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	14	C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.011,61	1.011,61	1.011,61	276,43	4	0,4568
	14	M	382	Falso travaglio	349,76	252,13	252,13	88,59	4	0,2032
	14	M	383	Altre diagnosi parto con complicazioni mediche	1.240,26	217,28	217,28	180,57	10	0,4019
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	14	M	384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	1.125,86	187,84	187,84	163,62	14	0,3964
	15	M	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	3.695,27	284,66	284,66	243,99	4	0,6891
Alta complessità	15	M	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	12.524,04	258,51	258,51	154,91	135	8,6877
Alta complessità	15	M	387	Prematurità con affezioni maggiori	6.983,60	244,48	244,48	147,65	51	3,5317
	15	M	388	Prematurità senza affezioni maggiori	3.521,96	171,86	171,86	168,95	20	0,8326
	15	M	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	1.700,71	190,74	190,74	120,06	11	0,7041
	15	M	390	Neonati con altre affezioni significative	1.214,65	151,53	151,53	89,56	5	0,2085
	15	M	391	Neonato normale	484,11	162,18	162,18	89,56	5	0,1598
Alta complessità	16	C	392	Splenectomia, età > 17 anni	6.248,71	1.487,20	1.487,20	273,52	22	1,9909
	16	C	393	Splenectomia, età < 18 anni	4.056,91	3.245,53	3.245,53	218,34	13	1,1225
	16	C	394	Altri interventi sugli organi emopoietici	3.548,58	2.838,86	2.838,86	278,85	17	1,1177
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	16	M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.864,15	209,91	209,91	223,66	23	0,8552
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	16	M	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.246,42	230,82	230,82	213,01	13	0,5775
	16	M	397	Disturbi della coagulazione	3.817,07	326,86	326,86	316,13	20	0,9347
	16	M	398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	4.982,98	287,53	287,53	184,79	27	1,2182
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	16	M	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	2.318,81	211,85	211,85	158,31	17	0,6982

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	17	C	401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	9.230,38	1.237,40	1.237,40	255,12	55	3,0119
	17	C	402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.524,87	2.819,89	2.819,89	139,91	24	1,4116
Alta complessità	17	M	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.470,86	347,59	347,59	286,60	40	1,8616
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	2.859,52	254,65	254,65	221,25	24	1,101
Alta complessità	17	M	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	7.686,01	652,58	652,58	509,77	86	2,9459
Alta complessità	17	C	406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	10.770,42	1.616,45	1.616,45	228,02	43	2,9175
Alta complessità	17	C	407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.182,58	1.158,01	1.158,01	160,72	27	1,8956
	17	C	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.486,32	3.589,06	3.589,06	281,75	13	1,4917
Alta * complessità	17	M	409	Radioterapia	2.934,25	340,34	340,34	253,67	31	0,8811
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.722,98	323,39	388,06	255,60	7	0,7539
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1.249,31	251,26	251,26	154,91	13	0,4822
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	17	M	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.010,63	327,74	327,74	238,66	10	0,4948
	17	M	413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.295,23	261,91	261,91	212,53	41	1,4888
	17	M	414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2.797,79	246,41	246,41	146,67	32	0,9668
	18	M	417	Setticemia, età < 18 anni	2.158,31	201,78	201,78	228,99	17	0,9563
	18	M	418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	2.212,22	193,64	193,64	211,56	23	1,0619
	18	M	419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.396,16	209,53	209,53	161,21	20	0,8455
	18	M	420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	1.844,33	190,17	190,17	139,42	21	0,6372
	18	M	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	1.754,63	197,51	197,51	168,95	14	0,6643

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	18	M	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.322,97	206,80	206,80	231,40	10	0,3634
	18	M	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	2.664,05	247,09	247,09	237,21	24	1,2815
	19	C	424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	6.993,09	5.594,47	5.594,47	206,71	39	1,6764
	19	M	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.694,54	207,97	207,97	226,57	21	0,5422
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	19	M	426	Nevrosi depressive	1.120,54	158,01	158,01	185,90	31	0,3902
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	19	M	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	915,33	170,02	170,02	199,93	27	0,3937
	19	M	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	1.882,61	151,43	151,43	176,22	41	0,6989
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	19	M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	1.383,61	166,15	166,15	138,45	27	0,7933
	19	M	430	Psicosi	2.338,14	142,91	142,91	168,95	44	0,7668
	19	M	431	Disturbi mentali dell'infanzia	1.453,42	171,57	171,57	146,20	21	0,4865
	19	M	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.864,09	178,16	178,16	165,09	21	0,5406
	20	M	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.035,05	286,60	286,60	264,32	4	0,1297
	21	C	439	Trapianti di pelle per traumatismo	3.588,78	2.871,01	2.871,01	200,90	17	1,4074
	21	C	440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.810,68	3.848,54	3.848,54	335,49	28	1,2893
	21	C	441	Interventi sulla mano per traumatismo	1.781,56	1.425,24	1.425,24	198,01	10	1,0153
Alta complessità	21	C	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	7.091,70	1.347,78	1.347,78	263,36	51	2,6634
	21	C	443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	3.696,24	2.956,99	2.956,99	197,03	13	1,2447
	21	M	444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	1.988,36	179,32	179,32	191,22	21	0,8337
	21	M	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	1.328,72	178,16	178,16	187,34	10	0,6198

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	21	M	446	Traumatismi, età < 18 anni	1.012,71	248,26	248,26	258,03	4	0,3585
	21	M	447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.272,35	226,56	226,56	239,15	10	0,4565
	21	M	448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	757,98	210,69	210,69	242,54	7	0,2344
	21	M	449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.007,29	228,11	228,11	230,44	21	0,7386
	21	M	450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.125,86	219,98	219,98	225,12	10	0,4109
	21	M	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	841,10	262,58	262,58	245,44	4	0,2938
	21	M	452	Complicazioni di trattamenti con CC	1.887,13	239,35	239,35	176,22	27	1,0604
	21	M	453	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.388,82	176,21	176,21	156,37	18	0,4896
	21	M	454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.352,13	263,75	263,75	253,67	18	0,7653
	21	M	455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.504,44	244,37	244,37	133,12	10	0,5954
	23	C	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	2.621,98	2.097,59	2.097,59	200,42	21	1,5238
	23	M	462	Riabilitazione	1.548,05	178,16	178,16	85,69	37	0,757
	23	M	463	Segni e sintomi con CC	2.606,85	202,55	202,55	139,42	31	0,8004
	23	M	464	Segni e sintomi senza CC	1.583,45	163,44	163,44	128,77	23	0,5041
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	23	M	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	664,97	188,32	188,32	187,84	7	0,4836
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	23	M	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1.167,83	225,01	225,01	163,14	10	0,663
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	23	M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	866,98	206,05	206,05	136,52	10	0,2583
	NA	C	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	5.448,75	4.359,00	4.359,00	259,49	39	2,8661
	NA	NA	469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	411,49	93,42	93,42	74,55	10	0

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	NA	NA	470	Non attribuibile ad altro DRG	411,49	55,19	55,19	44,05	41	0
Alta complessità	8	C	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	14.565,72	7.236,12	7.236,12	201,39	30	2,4714
Alta complessità	17	M	473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	20.353,33	749,90	749,90	538,82	81	4,2095
	NA	C	476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	4.299,94	3.439,94	3.439,94	219,79	20	1,759
	NA	C	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	2.884,86	2.307,87	2.307,87	179,60	32	1,7604
	5	C	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	3.645,89	2.916,70	2.916,70	189,29	21	1,6087
Alta complessità	Pre	C	480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	75.177,31	11.219,60		796,37	61	19,4443
Alta complessità	Pre	C	481 ***	Trapianto di midollo osseo allogenico	77.802,90	4.199,24	4.199,24	962,91	46	15,5111
Alta complessità	Pre	C	481 ***	Trapianto di midollo osseo autologo	33.745,83	4.199,24	4.199,24	962,91	46	15,5111
	Pre	C	482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	10.172,28	8.137,84	8.137,84	208,65	61	3,7723
Alta complessità	24	C	484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	18.058,11	4.318,34	4.318,34	449,26	73	5,0987
Alta complessità	24	C	485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	13.479,98	3.887,96	3.887,96	292,89	42	4,4919
Alta complessità	24	C	486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	12.187,47	2.976,84	2.976,84	316,60	50	4,6091
	24	M	487	Altri traumatismi multipli rilevanti	4.412,92	342,75	342,75	312,25	37	1,7349
Alta complessità	25	C	488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	11.746,00	1.377,32	1.377,32	184,93	112	4,167
	25	M	489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	5.303,83	265,29	265,29	164,59	58	2,4149
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	25	M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3.220,41	275,46	275,46	188,32	31	1,1973
Alta complessità	8	C	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.218,27	2.377,51	2.377,51	166,54	24	1,9828
	17	M	492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.163,79	533,49	640,21	218,81	51	1,4945

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	7	C	493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	4.681,85	3.745,47	3.745,47	188,32	30	1,5285
	7	C	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.659,85	2.127,87	2.127,87	182,51	10	0,889
Alta complessità	Pre	C	495	Trapianto di polmone	65.315,06	9.797,25		288,59	78	16,8871
Alta complessità	8	C	496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.484,84	15.587,87	15.587,87	974,23	45	5,1811
Alta complessità	8	C	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	11.527,56	9.222,05	9.222,05	576,37	35	3,8451
Alta complessità	8	C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	9.519,61	7.615,67	7.615,67	475,97	24	3,2406
	8	C	499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	4.330,83	3.464,66	3.464,66	216,54	27	1,6629
	8	C	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	2.543,45	2.034,75	2.034,75	127,16	14	1,2589
	8	C	501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	8.889,61	7.111,68	7.111,68	355,58	92	2,1467
	8	C	502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	2.445,30	1.956,24	1.956,24	97,80	51	1,1595
Pot. inapp. DPCM LEA 2001	8	C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.571,63	1.571,63	1.571,63	176,81	7	0,9222
Alta complessità	22	C	504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	39.905,80	15.651,25		2.793,40	108	9,8973
Alta complessità	22	M	505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	9.908,22	1.585,31	1.585,31	693,58	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	15.566,72	12.453,37	12.453,37	1.089,67	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	6.111,89	4.889,50	4.889,50	427,82	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	5.090,19	814,42	814,42	356,31	67	1,15
Alta complessità	22	M	509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	2.694,70	431,15	431,15	188,62	32	1,1302
	22	M	510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	3.949,21	631,87	631,87	276,44	53	1,3587
	22	M	511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	3.160,46	505,67	505,67	221,23	24	1,0977

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	Pre	C	512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	60.955,29	9.143,30		423,21	68	15,7658
Alta complessità	Pre	C	513	Trapianto di pancreas	55.305,68	8.295,85		243,30	53	14,3046
Alta complessità	5	C	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	19.321,21	8.114,90	8.114,90	579,64	31	4,0897
	5	C	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	5.033,31	4.026,65	4.026,65	170,79	7	1,2185
Alta complessità	8	C	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	9.450,86	7.560,68	7.560,68	472,54	46	3,1524
Alta complessità	8	C	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.128,68	5.702,95	5.702,95	356,43	17	2,1786
	20	M	521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.423,16	174,47	174,47	193,85	27	0,8717
	20	M	522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.356,36	169,66	169,66	188,50	45	0,8746
	20	M	523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.830,05	131,76	131,76	146,40	24	0,5366
	1	M	524	Ischemia cerebrale transitoria	1.832,83	162,98	162,98	173,39	17	0,7692
Alta complessità	5	C	525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	34.392,82	14.615,87	14.615,87	631,58	47	9,932
Alta complessità	1	C	528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	16.769,49	3.390,55	3.390,55	416,31	48	5,726
Alta complessità	1	C	529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	11.005,60	2.225,17	2.225,17	273,22	75	3,7579
Alta complessità	1	C	530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	5.851,75	1.183,14	1.183,14	145,27	33	1,9981
Alta complessità	1	C	531	Interventi sul midollo spinale con CC	11.126,00	2.787,17	2.787,17	258,34	47	3,9401
Alta complessità	1	C	532	Interventi sul midollo spinale senza CC	6.216,57	1.557,31	1.557,31	144,34	24	2,2015
	1	C	533	Interventi vascolari extracranici con CC	4.508,18	3.606,55	3.606,55	249,74	20	1,2985
	1	C	534	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.173,85	3.339,08	3.339,08	231,23	11	1,2022
Alta complessità	5	C	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	25.012,41	14.257,08	14.257,08	750,37	41	6,3257

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
Alta complessità	5	C	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	18.620,28	10.613,56	10.613,56	558,60	33	5,3077
	8	C	537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	3.654,89	2.923,89	2.923,89	361,67	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	1.682,15	1.682,15	1.682,15	208,07	7	0,9419
Alta complessità	17	C	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	17.410,86	3.111,63	3.111,63	519,46	50	3,488
Alta complessità	17	C	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	7.718,09	1.379,36	1.379,36	230,27	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 maggiore	47.608,63	7.160,60	7.160,60	517,05	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	32.696,96	4.917,81	4.917,81	355,10	104	8,536
Alta complessità	1	C	543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	11.531,88	2.331,58	2.331,58	286,28	51	3,9376
Alta complessità	8	C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	7.975,59	3.626,91	3.626,91	172,67	22	2,0283
Alta complessità	8	C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.904,24	5.413,46	5.413,46	231,35	34	2,7175
Alta complessità	8	C	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	15.016,63	12.013,31	12.013,31	750,82	31	5,0089
Alta complessità	5	C	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	18.532,67	4.988,26	4.988,26	307,89	39	5,0871
Alta complessità	5	C	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	15.843,36	4.264,40	4.264,40	263,21	29	4,3489
Alta complessità	5	C	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	15.441,31	3.884,46	3.884,46	309,93	28	3,7801
Alta complessità	5	C	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	13.157,03	3.309,83	3.309,83	264,09	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	10.909,45	5.449,23	5.449,23	409,56	31	2,3045
	5	C	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.507,05	5.205,64	5.205,64	339,35	14	1,5894
	5	C	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.957,83	5.566,27	5.566,27	265,64	49	2,649
	5	C	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	5.427,05	4.341,65	4.341,65	207,21	31	2,0662

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	5	C	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.180,21	6.544,16	6.544,16	259,90	17	1,8899
	5	C	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.440,11	5.152,09	5.152,09	208,53	10	1,3742
	5	C	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.709,85	7.767,88	7.767,88	308,50	14	2,2433
	5	C	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.923,38	6.338,70	6.338,70	256,55	7	1,6907
	1	M	559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	4.651,39	266,59	266,59	273,50	19	1,8296
	1	M	560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	5.370,63	295,06	295,06	210,93	43	2,5059
	1	M	561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	3.786,60	208,03	208,03	148,72	37	1,7668
	1	M	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	2.743,70	277,90	277,90	270,93	20	0,9526
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	1	M	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.058,19	183,95	183,95	146,67	17	0,7306
Pot. Inapp. P.d.S. 2009	1	M	564	Cefalea, età > 17 anni	1.781,14	180,41	180,41	175,88	23	0,6184
Alta complessità	4	M	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	9.901,07	466,12	466,12	417,71	50	4,0374
	4	M	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	5.179,83	243,86	243,86	218,53	46	2,1122
	6	C	567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	10.247,23	8.197,82	8.197,82	272,35	47	3,8842
	6	C	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	9.358,96	7.487,19	7.487,19	248,73	48	3,5475
Alta complessità	6	C	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	10.329,13	2.011,89	2.011,89	254,38	50	3,3881
Alta complessità	6	C	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	8.355,13	1.627,40	1.627,40	205,76	45	2,7406
	6	M	571	Malattie maggiori dell'esofago	2.950,24	203,66	203,66	203,46	24	1,0881
	6	M	572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	2.429,58	553,37	553,37	622,14	20	0,9446
Alta complessità	11	C	573	Interventi maggiori sulla vescica	10.502,05	2.380,01	2.380,01	241,00	43	3,5032

Classe	mdc	tipo drg	DRG	Descrizione	Tab. (a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 0/1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Incremento prodie	(e) Valore soglia in giorni (D.M. 18/12/2008)	(f) Peso Relativo (D.M. 18/12/2008)
	16	M	574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	4.624,25	266,82	266,82	171,49	27	1,1305
Alta complessità	18	M	575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	11.087,13	541,85	541,85	549,65	65	4,7782
	18	M	576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	3.812,81	186,34	186,34	189,03	37	1,6432
Alta complessità	1	C	577	Inserzione di stent carotideo	5.067,85	2.533,93	2.533,93	280,76	4	1,4507
Alta complessità	18	C	578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	8.343,06	6.674,47	6.674,47	318,85	82	4,4004
	18	C	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	4.532,90	3.626,33	3.626,33	173,24	44	2,3908

ESPIANTO DI ORGANO DA CADAVERE PER TRAPIANTO	€ 2.522,38
IMPIANTO DI CUORE ARTIFICIALE	€ 49.967,20
ASSISTENZA ALBERGHIERA PER IL GENITORE CHE ASSISTE IL BAMBINO RICOVERATO	€ 7,75

DIREZIONE GENERALE V
SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
(Dott. Michele Antonelli)

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 di diagnosi secondarie).

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	20.129,65
✓ Stimolatore cerebrale (codice intervento 02.93 associato alla diagnosi 332.0, in qualsiasi posizione sia codificata) tariffa aggiuntiva € 13.500	12.150,00
✓ Ombrello atriale settale (codice intervento 35.52) associato al DRG 518; tariffa aggiuntiva € 5.800	5.220,00
***Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio (DRG 545)	
La tariffa DRG specifica è <u>già omnicomprensiva</u> 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	13.839,34
✓ Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice intervento 86.06) ; tariffa aggiuntiva € 3.500	3.150,00
✓ 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)	11.061,13
✓ Impianto di apparecchio acustico elettromagnetico (codice intervento 20.95) associato al DRG 55; tariffa aggiuntiva € 8.568	7.711,20
✓ Protesi dell'aorta addominale (codice intervento 39.71) ; tariffa aggiuntiva € 3.528	3.175,20
✓ Protesi dell'aorta toracica (codice intervento 39.73) ; tariffa aggiuntiva € 5.544	4.989,60

Altre protesi:

Impianto stimolatore spinale cod. 03.93 come tariffa del neurostimolatore vagale
 Neurostimolatore intracranico cod. 01.24 e 02.93 come tariffa del neurostimolatore vagale
 Mentre la rimozione, la revisione degli elettrodi non comporta costi aggiuntivi.



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

- ✓ **Gamma knife**
(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco)
tariffa per caso trattato pari a € **7.750,03** **6.975,03**
- ✓ **Ciber knife**
(codice intervento 92.31) **tariffa per caso trattato** pari a € **7.688,52** **6.919,69**
- ✓ **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** **3.684,04**
- ✓ **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** **8.320,38**
- ✓ **Brachiterapia**
(intervento 92.27-impianto o inserzione di elemento radioattivi), associati alla diagnosi V58.0,
tariffa per caso trattato pari a € **8.568,00** **7.711,20**
- ✓ **Termoablazione epatica per via percutanea**
(intervento 50.24), associato al DRG 191 o 192, **tariffa per caso trattato** pari a € **5.040,00** **4.356**

DIREZIONE GENERALE V
SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
(Dott. Michele Antonelli)



TARIFFA OMNICOMPENSIVA DEL D.R.G. 410

Per semplificare la tariffazione del D.R.G. **410 Chemioterapia non associato a diagnosi di leucemia acuta**, data la differente tariffa prevista per l'uso dei "farmaci oncologici ad alto costo" nella procedura 99.25 iniezione di sostanze chemioterapiche per tumore, il cui rimborso prevede l'utilizzo del file F per il solo farmaco (prezzo ex-factory), mentre la prestazione ambulatoriale 10% del valore dell'accesso in D.H. prevede l'utilizzo del file C

di contro l'uso di altri antitumorali comporta l'applicazione della tariffa come da Allegato 1 e rimborso in file A si è ritenuto fosse più opportuno e semplificativo, in attesa di nuove disposizioni Ministeriali e chiarimenti così come richiesto al Coordinamento Commissione T.U.C., nelle more dell'emanazione delle Linee Guida della Rete oncologica, applicare la tariffa omnicomprensiva di D.H. terapeutico corrispondente ad € **1.239,00** da praticare sia in regime R.O. che in D.H. e sia per pazienti regionali che extraregionali. Tale tariffa si applica a tutte le Strutture accreditate pubbliche e private ricadenti sul territorio regionale. La decorrenza della tariffa univoca è contemporanea all'entrata in vigore del Nuovo Tariffario Regionale.



ELENCO FARMACI ONCOLOGICI AD "ALTO COSTO"

Rimborso con file F per prestazioni ambulatoriali e/o in DH (100% del costo del Farmaco e riduzione del 90% del DRG n. 410)

cod ATC	Descrizione Principio attivo	Codice misan	Prezzo al pubblico* Iva c.	Prezzo ex Factory (iva e. e - 33,35%)	Prezzo massimo di cessione al SSN (iva e.)	Via di somministrazione	Registro AIFA	Veneto	Emilia Romagna	Campania	Valle D'aosta	Basilicata	Lombardia
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680027	504,62	305,75		ev	si	x	x	x		x	x
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680015	2.021,00	1.224,54		ev	si	x	x	x		x	x
L01XC06	CETUXIMAB	036584011	312,01	189,05		ev	si	x	x	x		x	x
V10XX02	IBRITUMOMAB TIV	036311013	14.894,86	9.024,93		ev	si		x	x		x	x
L01XC03	TRASTUZUMAB	034949014	1.004,08	608,38		ev	si	x	x	x		x	x
L01XX32	BORTEZOMIB	036559019	1.936,33	1.173,24		ev	si	x	x	x		x	x
L01BA04	PEMETREXED	036587018	2.265,59	1.372,74		ev	si	x	x	x	x	x	x
L01XC02	RITUXIMAB	033315019	870,48	527,43		ev	si	x	x	x		x	x
L01XC02	RITUXIMAB	033315021	2.175,78	1.318,32		ev	si	x	x	x		x	x
L01XC04	ALEMUZUMAB	035274012	1.800,69	1.091,05		ev		x	x	x			x
L01XA03	OXALIPLATINO	034411025	581,76	352,49		ev	si	x	x	x		x	
L01XA03	OXALIPLATINO	034411013	290,96	176,30		ev	si	x	x	x		x	
L01CD02	DOCETAXEL	032391017	222,00	134,51		ev		x	x	x		x	x
L01CD02	DOCETAXEL	032391029	828,97	502,28		ev		x	x	x		x	x
L01BB07	nelarabina	038116012	3.455,61	2.093,79		ev	si						x
L01XE09	temsirolimus	038327019	1.468,64	889,86		ev	si						x
L01XC08	Panitumumab	038347023	1.256,07	767,12		ev	si						x
L01XC08	Panitumumab	038347035	2.532,15	1.534,25		ev	si						x
L01XC08	Panitumumab	038347011	633,03	383,56		ev	si						x

* Fonte Farmadati 21/11/2009

Criteri condivisi nella riunione del 24/11/2009

Regioni presenti:

Umbria

Marche

Lombardia

Veneto

Emilia Romagna

- 1) L'elenco dei farmaci si limita ai soli oncologici, per l'anno 2010. Per gli anni successivi potranno essere eventualmente valutati anche altri farmaci
- 2) I criteri definiti di rimborso dei farmaci valgono sia per la prestazione in DH sia in ambito ambulatoriale
- 3) Il costo del farmaco viene rimborsato al 100% rispetto al prezzo massimo di cessione al SSN (ulteriori sconto negoziati da AIFA) ovvero al prezzo ex factory
- 4) Il costo del DRG n. 410 del DH è abbattuto del 90% del suo valore
- 5) Il costo del DRG della prestazione ambulatoriale (eventualmente utilizzata) rimane invariato
- 6) La lista dei farmaci è valida per tutte le Regioni
- 7) Per i farmaci non inseriti nell'elenco, qualora somministrati in DH, la tariffa del DRG rimane invariata
- 8) I controlli sull'appropriatezza sono parte integrante dei criteri di rimborso; in particolare l'utilizzo off label non viene rimborsato
- 9) Si ribadisce che per quanto riguarda i farmaci somministrati in regime di ricovero agli assistiti emofilici (fattori della coagulazione) rimangono in vigore le norme già definite dal Testo Unico della Mobilità

Principio attivo	Descrizione Principio attivo	Codice minsan	Prezzo al pubblico*	data variaz.	Prezzo ex Factory (i.e. e - 33,35%)	Tariffa File F Bozza 50% p.p.	Via di somministrazione	Registro AIFA	Note	Emilia Romagna	Campania	Valle D'aosta	Basilicata	Lombardia
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680027	504,62	01/03/2007	305,75	252,31	ev	si		x	x		x	x
L01XC07	BEVACIZUMAB	036680015	2.021,00	01/03/2007	1.224,54	1.010,50	ev	si		x	x		x	x
L01XC06	CETUXIMAB	036584011	312,01	01/03/2007	189,05	156,01	ev	si		x	x		x	x
V10XX02	IBRITUMOMAB TIU	036311013	14.894,86	01/03/2009	9.024,93	7.447,43	ev	si		x	x		x	x
L01XC03	TRASTUZUMAB	034949014	1.004,08	01/03/2007	608,38	502,04	ev	si		x	x		x	x
L01XX32	BORTEZOMIB	036559019	1.936,33	01/10/2006	1.173,24	968,17	ev	si		x	x		x	x
L01BA04	PEMETREXED	036587018	2.265,59	01/03/2007	1.372,74	1.132,80	ev	si		x	x	x	x	x
L01XC02	RITUXIMAB	033315019	870,48	01/03/2007	527,43	435,24	ev	si		x	x		x	x
L01XC02	RITUXIMAB	033315021	2.175,78	01/03/2007	1.318,32	1.087,89	ev	si		x	x		x	x
L01XC04	ALEMTUZUMAB	035274012	1.800,69	01/03/2009	1.091,05	900,35	ev			x	x			x
L01XA03	OXALIPLATINO	034411025	581,76	01/03/2008	352,49	290,88	ev	si		x	x		x	
L01XA03	OXALIPLATINO	034411013	290,96	01/03/2008	176,30	145,48	ev	si		x	x		x	
L01CD02	DOCETAXEL	032391017	222,00	01/03/2007	134,51	111,00	ev			x	x		x	x
L01CD02	DOCETAXEL	032391029	828,97		502,28	414,49	ev			x	x		x	x
L01CD01	Paclitaxel				-	-	ev		generico		x		x	
L01XX19	Irinotecan				-	-	ev		generico		x		x	
L01BC05	Gemcitabina	029452024		01/03/2007	-	-	ev				x	x		
L01BC05	Gemcitabina	029452012		01/03/2007	-	-	ev				x	x		
L01AD01	Carmustina	034709016	13.107,47	01/03/2009	7.941,94	6.553,74	ev	non più	8 impianti 7,7 mg - in prestazione di ricovero		x			
L01BC02	FLUOROURACILE				-	-	ev		generico			x		
L01XA02	CARBOPLATINO				-	-	ev		generico			x		
L01AD05	Fotemustina	029376011	851,57	01/03/2007	515,97	425,79	ev							x
L01BB07	nelarabina	038116012	3.455,61	05/06/2008	2.093,79	1.727,81	ev	si						x
non ancora	temsirolimus	038327019	1.468,64	07/10/2008	889,86	734,32	ev	si						x
L01XC08	Panitumumab	038347023	1.266,07	17/01/2009	767,12	633,04	ev	si						x
L01XC08	Panitumumab	038347035	2.532,15	17/01/2009	1.534,25	1.266,08	ev	si						x
L01XC08	Panitumumab	038347011	633,03	17/01/2009	383,56	316,52	ev	si						x

*Fonte Farmadati 21/11/2009

Indicatori di potenziale inappropriatezza nell'attività di ricovero ospedaliero 2009						
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 inappropriata all'attività di ricovero ospedaliero 2009

CODICE	NUMERATORE	DENOMINATORE
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 è concordato di identificare 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).

INTRODUZIONE

Il DM 12 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" stabilisce che, dal 1 gennaio 2009, le informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera siano codificate secondo la versione italiana della classificazione ICD9CM relativa all'anno 2007 e sia adottata, ai fini della remunerazione, la versione 24 del sistema di classificazione DRG. Il decreto indica per ciascun DRG il peso relativo ed il valore soglia per l'identificazione dei casi outlier.

Rispetto alla precedente versione del sistema DRG vigente in Italia (19'), il numero complessivo dei gruppi finali passa da 505 (numerati da 1 a 523) a 538 (numerati da 1 a 579).

La versione 24' prevede l'introduzione di 54 nuovi DRG e la modifica della descrizione di 12 DRG. Va ricordato comunque che l'aggiornamento della versione del sistema di classificazione coinvolge tutti i DRG, nel senso che si modifica la logica con cui i pazienti sono raggruppati. Pertanto, anche se la descrizione del singolo DRG non è mutata, è possibile che nella nuova versione si sia modificato il case-mix ad esso afferente, con l'esclusione di casi in precedenza compresi e/o l'inclusione di pazienti in precedenza classificati in altri DRG.

Tutte le regioni hanno recepito l'indicazione ministeriale relativa all'adozione della nuova versione della ICD-9-CM e della versione 24 del sistema DRG, con l'eccezione di Lombardia¹, Lazio e Sicilia, che non hanno previsto per il 2009 l'adozione della versione 24 del sistema DRG ai fini della remunerazione.

Alcune regioni, pur avendo recepito l'adozione dei DRG versione 24, non hanno sinora determinato le relative tariffe (Puglia, Calabria).

Le regioni hanno determinato le tariffe relative alla versione 24 dei DRG secondo diverse modalità. Generalmente, nelle more dell'emanazione di tariffe ministeriali, le tariffe regionali per i DRG modificati o di nuova introduzione sono state fissate sulla base della corrispondenza con i DRG precedentemente vigenti, in alcune realtà senza prevedere l'aggiornamento delle altre tariffe degli altri DRG (Piemonte, PA Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Molise), prevedendolo invece in PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Campania. La Sardegna ha determinato le tariffe per i soli DRG di nuova introduzione tenendo conto dei provvedimenti adottati in altre regioni. Valle d'Aosta ed Abruzzo hanno determinato il proprio tariffario sulla base del DM 12.09.2006 e della TUC, la Basilicata sulla base della TUC. La Liguria ha determinato il proprio tariffario sulla base della corrispondenza con i DRG precedentemente vigenti e dei pesi relativi ex DM 18.12.2008. L'Umbria ha determinato le proprie tariffe applicando al sistema di pesi ex DM 18.12.2008 il costo medio dei ricoveri regionali.

¹ La regione Lombardia, con la DGR VII/1084 del 16 dicembre 2009 ha stabilito, con decorrenza 1 gennaio 2010, un proprio tariffario relativo alla versione DRG 24'

Molise

Ricoveri per acuti

La delibera 111 del 9 febbraio 2007 stabilisce che, nelle more dell'emanazione di un tariffario regionale, si recepiscono le tariffe ex DM 12.09.2006.

Un successivo provvedimento ha stabilito le tariffe per i DRG introdotti dalla versione 19'. Le prestazioni di day surgery sono remunerate con una tariffa pari all'85% della tariffa del ricovero ordinario.

La delibera 783 del 20-07-2009 "Recepimento DM del 18.12.2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella SDO e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" e definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i DRG di nuova introduzione, in base alla nuova classificazione della codifica ICD-9-CM - 2007 e della versione 24 del

DRG grouper. Presa d'atto relazione tecnica del servizio ispettivo regionale" stabilisce, con decorrenza 1 gennaio 2009, le tariffe per i DRG introdotti dalla versione 24 dei DRG. Le tariffe sono determinate attraverso una equiparazione dei DRG introdotti dalla nuova versione con quelli della versione 19'. La delibera precisa che tali tariffe sono determinate in via transitoria, salvo conguaglio determinazione di un aggiornamento dell'intero tariffario regionale o a seguito dell'adozione del recepimento del provvedimento ministeriale che stabilirà le tariffe nazionali.

Il Decreto del commissario ad acta del 1 settembre 2009 "Adempimenti L.E.A. - Riferimento Documento Ministero dell'Economia e Finanze e Intesa Stato-Regioni 2310312005. Recepimento Legge del 06 agosto 2008 n.133 art. 79, 1o comma, septies - estensione del controllo della totalità delle SDO e delle Cartelle Cliniche per i D.R.G. dell'All. 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 - Ridefinizione Linee Guida per l'attività generale di controllo e monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza" stabilisce l'estensione dei controlli logico-formali e di merito alla totalità delle cartelle cliniche relative a ricoveri ad alto rischio di inappropriata ai sensi dell'all. 2C del DPCM 29.01.2001 ed almeno al 20% delle altre cartelle cliniche.

Ricoveri di riabilitazione e lungodegenza

La delibera 111 del 9 febbraio 2007 stabilisce che, nelle more dell'emanazione di un tariffario regionale, si recepiscono le tariffe ex DM 12.09.2006.

Per i ricoveri di lungodegenza la DRG 111/207 prevede la riduzione del 20% oltre il 60' giorno di degenza

La delibera 102/2006 stabilisce che per i ricoveri di riabilitazione la tariffa si riduce del 20% oltre una durata della degenza differenziata per MDC, e del 40% dopo il 60' giorno di degenza.

Regione Molise – tariffe riabilitazione e lungodegenza	Tariffa giornaliera	Riduzione 20%	Riduzione 40%
mdc 1	261,84	oltre il 45' giorno	oltre il 60' giorno
mdc 4	230,86	oltre il 35' giorno	oltre il 60' giorno
mdc 5	251,00	oltre il 25' giorno	oltre il 60' giorno
mdc 8	237,05	oltre il 40' giorno	oltre il 60' giorno
altre mdc	201,42	oltre il 25' giorno	oltre il 60' giorno
Lungodegenza	137,89	Riduzione 30% oltre il 60' giorno	

Il sistema di regolazione dei volumi di spesa

La delibera 181 del 6 marzo 2007 e la delibera 243 del 19 marzo 2007 stabiliscono per gli anni 2007-2009 i tetti di spesa per gli accreditati in relazione alle diverse tipologie di prestazioni, tra cui ricoveri ospedalieri, ricoveri di riabilitazione, prestazioni specialistiche ambulatoriali.



**TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA OSPEDALIERA
REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2009
secondo CMS-DRG Versione 24**

Premessa

Con il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 18 dicembre 2008 si è introdotto, a livello nazionale, l'aggiornamento del sistema di classificazione utilizzato per la codifica delle diagnosi e delle procedure inserite nella scheda di dimissione ospedaliera e del sistema utilizzato per la classificazione della casistica ospedaliera ai fini sia della descrizione e valutazione del case-mix trattato, che della remunerazione dei ricoveri. I due sistemi, in vigore dal primo gennaio 2009, sono la versione italiana 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification (ICD-9-CM) e la versione 24.0 del sistema Diagnosis Related Groups (DRG). Il decreto ha definito anche il sistema di pesi-DRG calcolato sulla base di un campione di ospedali italiani ed ha ridefinito i valori soglia DRG specifici.

Pertanto alla luce di tali aggiornamenti si è reso necessario effettuare una attività di aggiornamento della TUC; la 24° versione DRG infatti contiene 54 nuovi DRG, ne revisiona 15 e ne elimina 24. A tale scopo è stato istituito un gruppo di lavoro, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna a cui hanno partecipato le Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Toscana, Molise, Puglia, Campania, e che ha provveduto ad aggiornare, alla luce della 24.0 versione, la classificazione dei DRG di alta complessità e i potenzialmente inappropriati, il valore soglia DRG specifico, ed ad individuare le tariffe per i nuovi DRG ed i modificati.

La definizione delle nuove tariffe è avvenuta sulla base del vincolo di invarianza dei volumi finanziari complessivi, ossia le tariffe dei nuovi DRG non debbono produrre incrementi sul fatturato.

Le tariffe TUC 2008 (base di partenza per l'aggiornamento della TUC 2009) e le tariffe rimodulate per i DRG che a seguito dell'aggiornamento del nuovo sistema di classificazione è stato necessario ridefinire, sono state inoltre incrementate del + 0.8% (tasso di inflazione registrato nel 2009)

Per la propria mobilità attiva la Provincia Autonoma di Bolzano applica le tariffe provinciali. Ciascuna Regione potrà scegliere le tariffe da utilizzare per gli addebiti alla P.A. di Bolzano, la TUC o le proprie tariffe regionali.

La TUC non viene applicata all'attività delle strutture ACISMOM, per le quali verranno invece utilizzate le tariffe regionali.

In tutti i casi sopra indicati in cui non viene applicata la TUC, la Regione creditrice dovrà trasmettere alla Regione debitrice, all'atto dell'invio dei dati di attività, le tariffe utilizzate in formato elettronico e le modalità di calcolo adottate per la determinazione degli importi.

In merito all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 6 maggio 2010 ha deliberato di approvare le regole previste nel paragrafo successivo, salvo eventuale conguaglio sulla scorta delle determinazioni che verranno assunte in sede di Conferenza dei Servizi istituita in applicazione alla legge n. 187/1995.

La TUC 2009 si basa su 538 DRG raggruppati secondo 3 classi di DRG:

Alta complessità (91-DRG)

Potenzialmente inappropriati (45-DRG)

Restanti DRG (402-DRG)



RICOGNIZIONE DELLE DELIBERE REGIONALI IN MATERIA
TARIFFARIA SUI D.R.G. NON PIU' VALIDE DOPO L'EMANAZIONE DEL
DECRETO COMMISSARIALE ISTITUTIVO DEL
"NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE DELLE
PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO (D.R.G.)".

- Delibera di Giunta n.15 del 08/01/2003 "TARIFFE REGIONALI TRANSITORIE PER LE PRESTAZIONI OSPEDALIERE PER LE STRUTTURE DI FASCIA B".
- Convenzione n. 639 del 24/05/95 tra Regione Molise e I.R.C.C.S. Neuromed per la remunerazione aggiuntiva di endoprotesi.
- D.G.R. N.1376 del 10/11/2003 e D.G.R. n.192 del 17/03/2005 "TARIFFE AGGIUNTIVE APPLICAZIONE GRIDS - V.E.E.G -S.E.E.G.- STUDIO DELL'EPILESSIA".
- D.G.R. n.1205 del 10/08/2006 "DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 21.11.2005. AGGIORNAMENTO DEI SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE ADOTTATI PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, E PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE. PRESA D'ATTO VALUTAZIONE TECNICA ART. 17 L. 241/90 E S. M. E I. DELL'ORGANISMO UNICO DELIBERAZIONE N. 484/2006" AGGIORNAMENTO VERSIONE 19 DEL GROUPER CON AGGIUNTA DEI D.R.G. DAL 493 AL 523;
- D.G.R. n.111 del 09/02/2007 "RECEPIMENTO DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 12.9.2006: RICOGNIZIONE E PRIMO AGGIORNAMENTO DELLE TARIFFE MASSIME PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE (PUBBLICATO IN G.U. SUPPL.ORD. N.289 DEL 13.12.2006). PROVVEDIMENTI ".

D.G.R. DI ISTITUZIONE DEL RICOVERO DIURNO (D.H./D.S.) INDIVIDUAZIONE DI SOGLIA PERCENTUALE DI APPROPRIATEZZA IN R.O. DEI 43 D.R.G. DEL DPCM 29/11/2001 E TARIFFAZIONE DEI RICOVERI DIURNI:

- D.G.R. n.1409 del 27/10/2004 "LINEE GUIDA PER LA REGOLAMENTAZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' DI ASSISTENZA SANITARIA A CICLO DIURNO E PER LA CORRETTA EROGAZIONE DEI 43 DRG AL ALTO RISCHIO D' INAPPROPRIATEZZA (ALL. 2C AL D.P.C.M. 29 NOVEMBRE 2001) CON RELATIVE PERCENTUALI/SOGLIA DI AMMISSIBILITA".
- D.G.R. n.104 del 09/02/2007 "COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI L.E.A. ART. 9 INTESA STATO - REGIONI DEL 23.3.2005 - ADEMPIMENTI ANNO 2005 - PRESA D'ATTO VALUTAZIONE TECNICO - ISTRUTTORIA ORGANISMO DI SUPPORTO ED APPROVAZIONE INTEGRAZIONE DELIBERA DI G.R. 1409/2004".



- Delibera di Giunta n. 718 del 25/06/2007 “D.G.R. 362/2007 - P.O. ACCORDO TRA REGIONE MOLISE - M.E.F. E MINISTERO DELLA SALUTE DEL 27.3.2007 - OBIETTIVO SPECIFICO N. 13 E N. 14 - OBIETTIVO OPERATIVO 13.1 E 14.2 D.G.R. N. 1409/04 E D.G.R. N. 104 DEL 9.2.2007”.

- D.G.R. n.102 del 04/02/2008 “LINEE GUIDA E DEFINIZIONE DI CRITERI ED INDICATORI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI PER LA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA - PIANO OPERATIVO DI RIENTRO 2007-2009 (DGR 362/07) - OBIETTIVO SPECIFICO 13 E 14 - OBIETTIVO OPERATIVO 13.1 E 14.2 – PROVVEDIMENTI”.
- D.G.R. n.783 del 20/07/2009 “RECEPIMENTO D.M. DEL 18.12.2008 "AGGIORNAMENTO DEI SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE ADOTTATI PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE CONTENUTE NELLA S.D.O. E PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE" E DEFINIZIONE DELLE TARIFFE DI RIFERIMENTO PROVVISORIE PER I D.R.G. DI NUOVA INTRODUZIONE, IN BASE ALLA NUOVA CLASSIFICAZIONE DELLA CODIFICA ICD-9-CM-2007 E DELLA VERSIONE 24 DEL D.G.R. GROUPER. PRESA D'ATTO RELAZIONE TECNICA DEL SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE”.

- Deliberazioni Regionali di recepimento dei:
 - **D.M. 14/12/94** “Classificazione e tariffazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera”;
 - **D.M. 30/06/97** “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994”;
 - **D.M. 12/09/06** “Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie”;
 - **D.M. 18/12/08** “Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere”.

Mentre successivamente, con l’emanazione del Tariffario delle prestazioni da erogare in Day Service e con la stesura del nomenclatore tariffario regionale della medicina specialistica, non saranno più valide le tariffe riportate nelle seguenti deliberazioni:

- D.G.R. n.185 del 06/03/2007 “Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nella Branca Oculistica;
- D.G.R. n.800 del 16/07/2007 “Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nella Branca Oculistica.

DIREZIONE GENERALE V
 SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE
 IL DIRIGENTE RESPONSABILE
 (Dot. Michele Antonelli)



Impatto Economico D.R.G. Nuovo Tariffario Regionale

	Anno 2011	II Semestre 2010
Totale Impatto risparmio intera produzione DRG Osp. Pubblici e Privati Region e che si ottiene col l'adozione del nuovo nomenclatore tariffario (DRG)	-€ 27.077.602,13	-€ 13.538.801,07
<hr/>		
Risparmio esclusivo Strutture Private da N.N.T.	€ 3.933.808,67	€ 1.966.904,34
Trattenimento differenziale TUC solo Privato	€ 1.858.437,17	€ 929.218,59
Totale Risparmio Privato da nuovo tariffario	€ 5.792.245,84	€ 2.896.122,92
Risparmio per incremento R.O. → D.H./D.S.		
D.S. dal 12,4 % al 20,0 % Privato	€ 1.540.232,00	€ 770.116,00
D.H. dal dal 15,6 % al 20,0 % Privato	€ 1.683.000,00	€ 841.500,00
Risparmio per attivazione Day Service		
D.S. → Chir. Amb. 20,0% Privato	€ 1.473.000,00	€ 736.500,00
Tickets sulla Chir. Ambulatoriale	€ 240.000,00	€ 120.000,00
Risparmio Riabilitazione Privato		
da Riab. R.O. → a Riab. D.H. (5,0 %)	€ 162.000,00	€ 81.000,00
da Riabilitazione a Lungodegenza etc. (3,0 %)	€ 400.000,00	€ 200.000,00
Totale Risparmio N.T. + Setting assistenziale Privato	€ 11.290.477,84	€ 5.645.238,92
Presumibile risparmio Ospedali Pubblici per Livellamento Setting Assistenziali più appropriati *	€ 4.680.000,00	€ 2.340.000,00
Recupero 5,0 % Mobilità Passiva *	€ 2.262.500,00	€ 1.131.250,00
Risparmio controlli mobilità passiva (Intero anno)	€ 905.000,00	€ 905.000,00
Sub totale	€ 19.137.977,84	€ 10.021.488,92
Contestazioni inappropriatazza DRG a Strutture Private a diretta gestione Regionale come da anno 2008	€ 3.012.786,00	€ 3.012.786,00
Presumibili importi contestazioni ASREM per DRG erogati da Strutture Private a gestione ASREM ? *	€ 850.000,00	€ 850.000,00
Totale risparmio Ricoveri	€ 23.000.763,84	€ 13.884.274,92

