

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Lunedì, 28 gennaio 2013

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 1027 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

AVVISO AGLI ABBONATI

Si informano i Gentili Abbonati che dal 3 dicembre i canoni di abbonamento per l'anno 2013 sono pubblicati nelle ultime pagine di tutti i fascicoli della Gazzetta Ufficiale. Si ricorda che l'abbonamento decorre dalla data di attivazione e scade dopo un anno od un semestre successivo a quella data a seconda della tipologia di abbonamento scelto. Per il rinnovo dell'abbonamento i Signori abbonati sono pregati di usare il modulo di sottoscrizione che verrà inviato per posta e di seguire le istruzioni ivi riportate per procedere al pagamento.

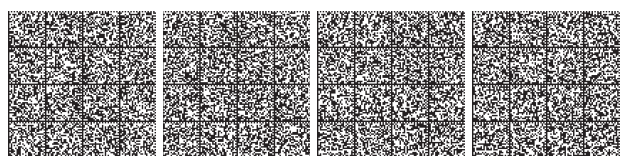
N. 8

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 ottobre 2012.

Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.





S O M M A R I O

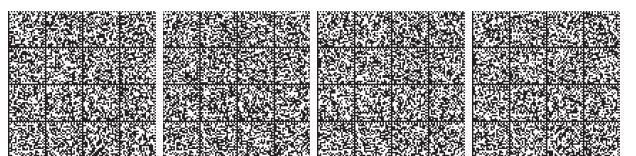
MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 ottobre 2012.

Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale. (13A00528).

Pag. 1





DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 ottobre 2012.

Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

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

Visto in particolare, l'art. 15, comma 13, lettera c) del suddetto decreto-legge, che prevede l'avvio da parte delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano di un percorso di rideterminazione in riduzione degli standard strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

Visto l'art. 15, comma 15 del suddetto decreto-legge che stabilisce che, in deroga alla procedura prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro 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, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, sono determinate le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del medesimo decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale;

Considerato che, il suddetto art. 15, ai commi 15, 16, 17 e 18, introduce una procedura, in deroga a quella vigente, per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, al fine di garantire un quadro certo di riferimento delle tariffe per le regioni e le province autonome, da ritenersi essenziale nell'ambito della complessiva corretta programmazione e gestione sanitaria;

Considerato che con il predetto decreto sono determinate le tariffe massime, che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui e adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale;

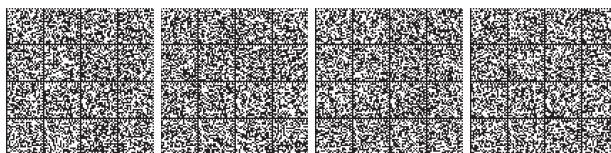
Visto altresì l'art. 15, comma 16 del citato decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale prevede che «Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica»;

Ritenuto che la congruità delle risorse stesse è riferita alla necessità del rispetto dei parametri di programmazione nazionale, di cui all'art. 4, comma 1 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, (Rep. Atti n. 2271/CSR) in attuazione dell'art. 1, comma 173, lettera d) della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto inoltre l'art. 15, comma 17 del citato decreto-legge n. 95 del 2012, il quale prevede che: «Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile»;

Visto infine, l'art. 15, comma 18 del sopra richiamato decreto-legge n. 95 del 2012, che dispone l'abrogazione delle disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell'art. 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

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



Visto l'art. 8-*sexies*, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che stabilisce che il decreto di determinazione delle 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 tenga conto, altresì, in via alternativa e nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, di: *a*) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; *b*) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; *c*) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome;

Visto, altresì, che il richiamato art. 8-*sexies*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 dispone che, in sede di determinazione delle tariffe massime, sono stabiliti i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, 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 attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse;

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

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

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che, all'art. 6, comma 5, con la finalità di promuoverne una rilevante riduzione, individua le «prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime

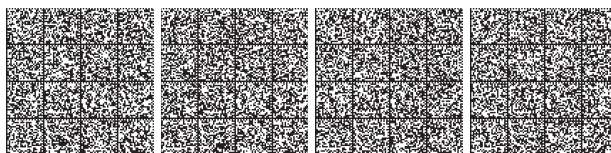
ambulatoriale» (All. A) ed i «DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria» (All. B);

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008 recante «Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere», che individua, all'Allegato 1, 24^a revisione e successivi aggiornamenti, i pesi relativi e i valori soglia per l'identificazione dei casi outlier associati ai raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG);

Visto l'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nella parte in cui dispone che l'attività assistenziale acquistata dalle regioni presso le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, nonché gli istituti, gli enti e gli ospedali di cui agli articoli 41 e 43, comma 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, è remunerata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base delle funzioni assistenziali riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'art. 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni;

Visto il comma 2 dell'art. 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, come integrato dall'art. 8, comma 1, lettera *b*), del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 3, il quale stabilisce che, in sede di definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, sono indicati, tra l'altro: il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati nel corrispettivo preventivato, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato;

Ritenuto che i criteri previsti dal citato art. 8-*sexies*, comma 5, di cui alle lettere *a*), *b*) e *c*) del decreto legislativo n. 502 e successive modificazioni per la determinazione delle tariffe massime nazionali, devono essere utilizzati dalle regioni in sede di adozione dei propri tarif-



fari, articolando le tariffe, così determinate, per classi di strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità;

Tenuto conto che, al fine di coinvolgere i rappresentanti tecnici regionali nella fase istruttoria propedeutica alla stesura del presente provvedimento, con decreti dirigenziali 11 aprile 2008, 15 giugno 2009 e 16 dicembre 2011 è stato istituito un gruppo di lavoro interistituzionale che ha attivato linee di studio e di approfondimento, anche con rilevazioni campionarie, relativamente a dati e valutazioni tecniche utili alla definizione delle tariffe;

Ritenuto di mantenere l'articolazione delle tariffe definita con decreto del Ministro della sanità 30 giugno 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 8 settembre 1997, n. 209, per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza, apportando modifiche tariffarie sulla base degli esiti dell'analisi della variabilità tariffaria regionale condotta e dei parziali dati di costo a disposizione, in attesa di conseguire una maggiore omogeneità, a livello interregionale e interaziendale, nella definizione e nell'erogazione di tali prestazioni;

Ritenuto altresì di fissare nuovi valori soglia per il settore della riabilitazione ospedaliera e della lungodegenza, in coerenza con il generale processo di deospedalizzazione da conseguirsi anche in tale settore e con la normativa vigente e con gli Accordi e le Intese sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano a decorrere dall'anno 2005;

Considerato che, nelle more di una organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza e delle correlate prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento tariffario può riguardare esclusivamente le prestazioni e le corrispondenti tariffe riportate nel decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla *Gazzetta Ufficiale* 14 settembre 1996, n. 216;

Ritenuto inoltre, nelle more della disponibilità degli esiti di ulteriori studi sui costi delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di limitare l'aggiornamento delle tariffe ministeriali a quelle prestazioni per le quali si dispone di informazioni sui costi, utilizzando a tal fine anche gli esiti dell'analisi della variabilità tariffaria interregionale, ai sensi delle lettere b) e c) dell'art. 8-*sexies*, comma 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

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

Visto l'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, laddove dispone che, fermo restando l'aggiornamento tariffario da attuarsi a livello nazionale, «...a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto»;

Ritenuto di assorbire nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 3 del presente decreto, il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l'invarianza di impatto finanziario a livello complessivo nazionale;

Considerato che, al fine di garantire l'invarianza di spesa, nell'applicazione del presente decreto le regioni devono fare riferimento sia alla rimodulazione del proprio fabbisogno sanitario in funzione del percorso di efficientamento, di cui all'art. 4, comma 1, lettera b) dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia alla classificazione degli erogatori, ai fini della remunerazione delle relative prestazioni, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento istituzionale, nonché alla determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, ai sensi dell'art. 8-*quinqüies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

Ritenuto di fare salvi gli importi tariffari derivanti dall'applicazione di quanto stabilito dall'art. 1, comma 796, lettera p-*bis*) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di individuazione di misure di partecipazione alla spesa, da parte degli assistiti, alternative all'applicazione della quota fissa di 10 euro delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

Ritenuto che, nelle more dell'adozione del provvedimento di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni sono da confermarci le tariffe fissate dal decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, recante «Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe» come incrementate dall'art. 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)»;



Ritenuto con il presente decreto di dare attuazione alle disposizioni di cui al citato decreto-legge n. 95 del 2012, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

Vista la nota del 16 agosto 2012, prot n. 6727- Gab, con la quale è stato trasmesso alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano lo schema di decreto, ai fini dell'acquisizione del previsto parere, tenuto conto della massima urgenza per la conclusione della procedura di adozione dello stesso, che l'art. 15, comma 5 del decreto-legge n. 95 del 2012 aveva indicato nella data del 15 settembre 2012;

Vista la nota del 18 settembre 2012 prot. n 7451 - Gab, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso alla Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il nulla osta del Ministero dell'economia e delle finanze all'adozione del presente decreto, ribadendo la massima urgenza dell'esame del provvedimento medesimo da parte della Conferenza Stato-regioni, tenuto conto del richiamato termine del 15 settembre;

Considerato che, nel corso della seduta della suddetta Conferenza del 26 settembre 2012, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso parere negativo sullo schema di decreto, ritenendo non accolti tutti gli emendamenti proposti in sede tecnica (Rep. Atti N. 175/CSR);

Considerato che in sede tecnica (riunioni del 19 giugno e dell'11 settembre 2012) sono state presentate dalle regioni numerose richieste emendative (fra cui modifiche al testo, modifiche su 147 DRG, modifiche sulle tariffe dei trapianti, riconoscimento dei costi dei dispositivi medici particolarmente costosi) che sono state tutte accolte, ad eccezione delle seguenti:

a) proposta di modifica delle tariffe relative ai trapianti di rene (DRG 302), di fegato e intestino (DRG 480) e di midollo osseo (DRG 481) al fine di allinearle ai valori della Tariffa unica convenzionale (TUC). Il Ministero della salute, con medesimo avviso del Ministero dell'economia e delle finanze, ha ritenuto, in parziale accoglimento delle richieste regionali, di incrementare le tariffe inizialmente proposte per i trapianti del rene e del fegato portandole dal 50% al 75% della TUC. Ciò in considerazione del fatto che i costi effettivamente osservati per i citati trapianti indicano valori massimi inferiori ai valori della TUC e per la mancata distinzione fra trapianto di midollo osseo autologo ed allogenico da parte del sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri per acuti vigenti, di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008;

b) richiesta di valorizzazione delle tariffe ospedaliere di tutti i DRG per ricoveri diurni per acuti che «presentano comunque della casistica nelle regioni». Il mancato

accoglimento, che riguarda solo una parte delle richieste regionali e si riferisce allo 0,01% del totale dei ricoveri, si giustifica per l'assoluta esiguità dei casi ad elevata complessità assistenziale che sono trattati in tale regime, valutato comunque non appropriato secondo le linee di programmazione nazionale;

c) richiesta di ampliare l'ambito del presente decreto anche alle prestazioni diverse dalle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali: il mancato accoglimento discende dalla circostanza che il presente decreto è attuativo dell'art. 15, comma 15, del decreto-legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, che fa esclusivo riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale;

Ritenuto di dovere, comunque, adottare il presente decreto nel testo proposto in attuazione dell'art. 15, comma 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, in quanto strumento necessario ai fini della programmazione e controllo del Servizio sanitario a livello sia nazionale che regionale;

Visto il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano espresso, nella seduta del 26 settembre 2012 (Rep. Atti N. 175/CSR);

Decreta:

Art. 1.

Finalità e ambito di applicazione

1. Inapplicazione dell'art. 15, commi 15, 16, 17 e 18, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, il presente decreto determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, valide dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino alla data del 31 dicembre 2014.

2. In applicazione dell'art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, il presente decreto individua, altresì, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza.

Art. 2.

Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, articolate per tipo di ricovero, sono individuate nell'Allegato 1, che fa parte integrante del presente decreto. Per i ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e ai DRG 124, 125 e 323 la tariffa si applica



all'episodio di ricovero. Per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica per accesso.

2. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, sono riportate nell'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto. L'Allegato 2 riporta anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito *MDC*), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni, la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato si applica agli accessi erogati oltre i valori soglia, per *MDC*, stabiliti a livello regionale.

3. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza post acuzie sono riportate all'Allegato 2 del presente decreto. Per tali prestazioni, la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia della degenza, si applica la tariffa giornaliera ridotta, entrambi riportati nel medesimo Allegato 2.

4. Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati. Le regioni tengono conto delle tariffe di cui al presente articolo nella definizione dell'importo del finanziamento delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8 sexies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nel limite massimo fissato dall'art. 15, comma 13 lettera g) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, nonché delle classi tariffarie.

Art. 3.

Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono individuate all'Allegato 3 che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 4.

Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali

1. Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Le regioni tengono, altresì, conto, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 2 e 3 e

dell'art. 8-quinquies, comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, rispettivamente dell'eventuale finanziamento extratariffario delle funzioni assistenziali, nonché di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'art. 4, comma 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni.

2. Le regioni articolano le tariffe, come determinate ai sensi dei commi 1 e 3, per classi di erogatori, riconoscendo tariffe inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento istituzionale, di minore complessità.

3. Le regioni possono adottare, per la remunerazione dei propri erogatori pubblici e privati, tariffe ridotte rispetto a quelle definite ai sensi del comma 1, anche qualora ciò sia utile per promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e i processi di de-ospedalizzazione.

Art. 5.

Disposizioni transitorie e finali

1. Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

2. In caso di adozione da parte delle regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dal presente decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale.

3. Sono fatti salvi gli importi tariffari derivanti dall'applicazione di quanto stabilito ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera p-bis) della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

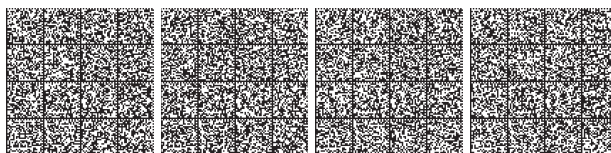
Il presente decreto viene inviato, per la registrazione, alla Corte dei conti e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 18 ottobre 2012

Il Ministro della salute
BALDUZZI

*Il Ministro dell'economia
e delle finanze*
GRILLI

Registrato alla Corte dei conti il 19 dicembre 2012
Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, registro n. 16, foglio n. 206



All.1 assist. ospedal. x Acuti

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

Allegato 1

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso; DRG medico)	
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	15.085	3.616	-	314
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11.872	3.367	-	304
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	8.860	2.370	-	213
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	118
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10.658	2.383	2.585	252
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.326	1.331	2.585	196
9	1	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	3.589	522	329	219
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.332	445	298	152
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.316	437	298	164
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.850	367	196	131
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.419	331	188	96
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	442	239	159
15	1	M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.967	427	234	156
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	4.553	477	226	147
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.549	378	226	151
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.353	405	223	149
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	324	197	101
21	1	M	Meningite virale	2.629	308	215	143
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	2.989	576	298	199
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.489	430	263	175
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.729	376	231	154
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.986	624	-	239
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.118	562	-	213
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3.180	478	-	216
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.409	476	-	208
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3.087	557	337	243
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2.042	492	337	225
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.224	483	321	214

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
34	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.369	423	234	156
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2.077	389	234	163
36	2	C	Interventi sulla retina	1.549	756	1.491	164
37	2	C	Interventi sull'orbita	4.930	1.574	1.910	254
38	2	C	Interventi primari sull'iride	1.536	592	1.189	113
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	487	994	102
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.453	734	1.615	141
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.199	757	1.296	177
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.641	761	1.522	143
43	2	M	Ifema	1.225	306	210	140
44	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.981	273	193	128
45	2	M	Malattie neurologiche dell'occhio	2.486	403	256	171
46	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.684	430	224	178
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.051	358	224	114
48	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.638	291	212	141
49	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	6.619	2.424	2.472	333
50	3	C	Sialoadenectomia	3.607	1.495	1.805	348
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.623	737	1.478	145
52	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	3.622	1.021	1.220	240
53	3	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.798	1.676	2.009	367
54	3	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	3.100	1.647	1.982	311
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.485	827	1.613	145
56	3	C	Rinoplastica	2.573	1.453	1.726	269
57	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.889	721	871	197
58	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.745	749	924	195
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	868	463	964	139
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	588	312	653	92
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.683	896	1.735	210
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.162	632	1.069	167
63	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4.378	1.783	2.134	264
64	3	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.486	615	317	174
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio	953	329	198	101



All.1 assist. ospedal. x Acuti

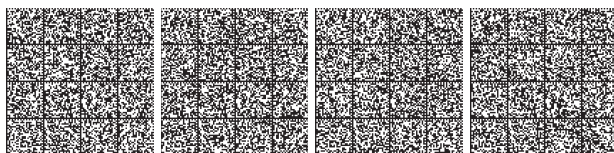
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	
66	3	M	Epistassi	1.575	416	231	154
67	3	M	Epiglottite	1.678	387	250	166
68	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	1.935	315	210	140
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.247	311	224	149
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	662	269	165	91
71	3	M	Laringotracheite	625	226	162	108
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso	1.853	533	333	222
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.186	415	240	122
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	739	316	173	95
75	4	C	Interventi maggiori sul torace	8.737	2.270	2.438	279
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	9.650	1.729	1.682	237
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4.639	1.298	1.682	237
78	4	M	Embolia polmonare	4.009	405	243	162
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.744	450	222	148
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.422	311	199	133
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	5.768	552	345	230
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.161	484	283	156
83	4	M	Infezioni e infiammazioni del torace con CC	2.619	432	268	178
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	1.718	402	268	179
85	4	M	Versamento pleurico con CC	4.260	476	230	154
86	4	M	Versamento pleurico senza CC	2.867	380	227	151
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.802	397	219	146
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.600	290	170	87
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.558	359	212	141
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.291	282	200	134
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.948	258	188	125
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	4.481	405	234	156
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.999	461	212	141
94	4	M	Pneumotorace con CC	3.265	425	245	163
95	4	M	Pneumotorace senza CC	1.818	343	223	148
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.537	296	198	132
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.832	274	197	132

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.538	256	185	123
99	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	2.782	337	206	134
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.484	313	206	137
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.666	353	219	138
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.724	335	219	146
103	Pre	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.602	-	-	602
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	24.675	9.532	-	419
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	20.487	7.406	-	375
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA	27.519	7.737	-	379
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	16.419	5.226	-	336
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	14.208	4.598	-	339
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	10.500	4.399	-	295
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	11.031	2.206	-	176
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.056	1.278	1.820	174
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3.547	1.279	1.562	165
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	3.232	1.708	2.007	174
119	5	C	Legatura e stripping di vene	1.402	1.381	1.558	383
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.876	1.898	2.544	230
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.700	597	-	174
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.377	587	-	196
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	4.018	585	-	175
124	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.392	866	1.142	200
125	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.142	863	1.142	193
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	10.573	868	268	179
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	3.052	416	215	143
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde	2.315	340	221	147
129	5	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	4.000	503	-	172
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC	3.308	423	237	158
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.090	284	175	89
132	5	M	Aterosclerosi con CC	2.443	333	205	137

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	
133	5	M	Aterosclerosi senza CC	990	349	193	98
134	5	M	Iperensione	963	333	197	100
135	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.963	455	239	160
136	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.073	434	222	148
137	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.201	559	312	208
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.375	404	229	152
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	974	325	183	93
140	5	M	Angina pectoris	1.870	297	193	129
141	5	M	Sincope e collasso con CC	2.393	410	242	161
142	5	M	Sincope e collasso senza CC	1.004	363	208	106
143	5	M	Dolore toracico	1.399	344	221	147
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.910	666	259	173
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.097	367	220	147
146	6	C	Resezione rettale con CC	11.203	2.539	2.311	217
147	6	C	Resezione rettale senza CC	7.475	2.283	2.311	274
149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	7.113	1.986	1.280	231
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.577	1.888	1.873	207
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	4.378	1.539	1.873	218
152	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	6.051	1.382	1.622	158
153	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4.491	1.335	1.622	205
155	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.566	1.557	1.888	207
156	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.154	824	876	130
157	6	C	Interventi su ano e stoma con CC	3.808	1.010	1.007	192
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC	1.202	1.069	1.007	126
159	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	4.892	1.453	1.523	198
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.371	575	1.523	94
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.571	1.240	1.280	212
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.168	649	1.280	137
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.093	603	1.214	146
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	5.735	1.538	-	228
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	3.514	1.270	-	228
166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.751	1.190	1.263	204



All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^{va} rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.560	1.044	1.263	219
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC	1.626	779	1.361	169
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	1.459	687	1.361	161
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	8.810	1.814	1.578	190
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.498	1.278	1.578	193
172	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.550	691	303	167
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.564	493	274	151
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC	3.317	614	238	159
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC	2.091	403	216	144
176	6	M	Ulcera peptica complicata	3.230	579	236	157
177	6	M	Ulcera peptica non complicata con CC	3.148	504	230	153
178	6	M	Ulcera peptica non complicata senza CC	2.269	383	224	150
179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino	3.236	426	243	162
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC	2.841	383	228	152
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.732	300	210	140
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	2.465	368	222	148
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	959	295	179	91
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	785	259	156	85
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.051	453	269	180
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.595	345	241	161
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	775	545	281	143
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.215	504	238	159
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	855	315	178	91
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.634	344	214	142
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.929	3.427	2.583	353
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	9.558	2.499	2.583	316
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	13.509	2.660	2.449	238
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.789	1.993	2.449	225
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.574	1.989	2.170	176
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.007	1.770	2.170	182
197	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	8.596	1.781	-	185



All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^{va} rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
198	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.293	1.383	-	186
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.902	1.824	2.392	195
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	7.535	1.657	2.297	226
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.585	2.391	3.398	301
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica	4.013	661	277	185
203	7	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.085	687	314	173
204	7	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.195	396	217	145
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.760	498	236	157
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.407	324	195	99
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC	3.733	588	232	155
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC	1.171	390	172	88
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	6.920	1.926	-	171
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	6.099	1.689	2.050	176
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.477	1.620	1.973	236
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.609	1.544	2.013	194
216	8	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.972	1.822	2.327	187
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7.678	2.417	3.082	240
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.686	2.011	1.887	196
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.405	1.572	1.887	209
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.286	1.090	1.298	178
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.041	1.580	1.889	258
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.391	1.330	1.590	237
225	8	C	Interventi sul piede	2.759	1.388	1.684	217
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC	4.764	1.361	1.759	209
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.555	754	1.499	138
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.767	847	1.686	156
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.266	657	1.296	143
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.034	1.326	1.653	206
232	8	C	Artroscopia	1.361	851	1.512	148
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.191	2.025	2.296	169
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.629	1.903	2.296	243

All.1 assist. ospedal. x Acuti

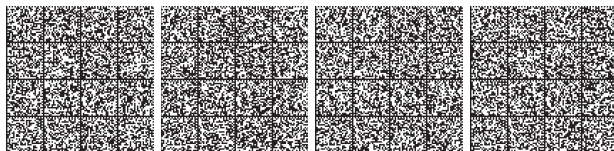
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	
235	8	M	Fratture del femore	1.985	346	189	126
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi	2.278	337	202	135
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.985	302	188	125
238	8	M	Osteomielite	5.378	517	246	164
239	8	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.649	437	276	151
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo con CC	4.147	772	287	191
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	1.497	400	201	102
242	8	M	Artrite settica	3.873	433	230	154
243	8	M	Affezioni mediche del dorso	1.199	335	195	100
244	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.563	345	208	139
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.038	308	191	98
246	8	M	Artropatie non specifiche	2.106	302	200	133
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.745	322	214	143
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite	1.178	304	173	88
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.209	442	217	111
250	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.472	368	191	150
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	753	322	191	97
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	547	339	190	104
253	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.429	383	169	152
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	773	297	169	86
255	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.406	300	198	132
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	940	445	237	121
257	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	3.948	1.422	1.771	251
258	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.341	1.461	1.771	272
259	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.717	1.113	1.362	244
260	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.354	1.174	1.362	289
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.709	1.630	1.960	271
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.069	568	1.162	143
263	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.107	1.330	1.266	201
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.254	923	1.266	201
265	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.130	1.656	1.733	268
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.622	878	1.733	156

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^{va} rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali	1.587	723	872	187
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.205	1.087	2.156	212
269	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5.878	1.204	1.099	196
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.225	535	1.099	127
271	9	M	Ulcere della pelle	4.290	493	269	179
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC	3.221	343	187	124
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	257	180	120
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.983	399	259	142
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	289	237	130
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	828	297	173	88
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC	3.353	359	222	148
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.090	300	215	143
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni	1.638	271	194	129
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.790	385	268	162
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	901	421	268	137
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	837	418	244	134
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	1.503	295	162	83
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	728	238	153	78
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	7.698	1.569	2.320	187
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.695	2.047	2.115	267
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.770	1.271	1.804	184
288	10	C	Interventi per obesità	5.681	2.089	2.518	226
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	2.926	1.130	1.369	244
290	10	C	Interventi sulla tiroide	3.340	1.373	1.658	326
291	10	C	Interventi sul dotto tiroideo	2.573	1.121	1.348	301
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.959	2.181	1.886	272
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.308	1.524	1.886	244
294	10	M	Diabete, età > 35 anni	1.391	390	236	121
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	1.162	282	160	88
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.800	366	204	136
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	273	191	127
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.190	237	173	115

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	1.606	437	222	113
300	10	M	Malattie endocrine con CC	3.337	421	246	164
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	901	318	210	107
302	11	C	Trapianto renale	33.162	-	-	581
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.386	2.227	2.296	252
304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.137	2.024	1.857	249
305	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.953	1.531	1.857	236
306	11	C	Prostatectomia con CC	4.230	1.126	1.121	178
307	11	C	Prostatectomia senza CC	3.105	920	1.121	202
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC	4.693	1.673	2.116	179
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.397	1.753	2.116	183
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC	3.290	1.063	1.148	184
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.350	949	1.148	209
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	4.825	1.206	1.499	202
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	3.059	1.263	1.534	250
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	6.709	2.042	1.486	194
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.709	2.042	2.659	198
316	11	M	Insufficienza renale	3.734	590	260	174
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	1.381	841	204	104
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	4.006	440	283	143
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.158	418	283	156
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.701	355	216	144
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.883	286	201	134
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.422	287	213	142
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.372	1.614	640	146
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	935	314	163	83
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.878	357	203	135
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.075	267	161	82
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	947	276	160	88
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.317	395	197	123
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	781	401	197	100
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.284	372	199	133



All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.379	489	242	161
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.008	336	196	100
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.612	392	215	118
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	7.131	1.765	-	260
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	5.997	1.619	-	277
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	3.394	910	1.109	170
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.652	911	1.109	219
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.669	1.244	1.531	249
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.062	614	1.193	137
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.199	648	1.118	181
341	12	C	Interventi sul pene	3.744	1.749	2.113	182
342	12	C	Circondisione, età > 17 anni	864	520	960	97
343	12	C	Circondisione, età < 18 anni	617	392	671	73
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.146	1.225	1.459	198
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.737	637	1.331	108
346	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.592	466	263	145
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.432	342	238	131
348	12	M	Iperplasia prostatica benigna con CC	2.146	357	212	141
349	12	M	Iperplasia prostatica benigna senza CC	901	241	151	77
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.872	364	234	156
351	12	M	Sterilizzazione maschile	-	-	-	-
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	781	424	229	117
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.203	1.916	-	253
354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi con CC	6.722	1.386	1.455	197
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi senza CC	3.959	1.185	1.455	225
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.901	1.242	1.496	244
357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovario o degli annessi	6.791	1.840	-	222
358	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	4.317	1.293	1.436	223
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.027	1.183	1.436	241
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.545	690	1.382	118
361	13	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.589	1.196	1.457	214
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	1.055	646	1.173	162

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^{va} rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
363	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.555	849	1.026	199
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	917	527	1.019	133
365	13	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	2.970	1.303	1.639	249
366	13	M	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	4.158	476	272	149
367	13	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.041	317	219	120
368	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.722	350	235	157
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	725	336	179	91
370	14	C	Parto cesareo con CC	2.782	1.020	-	170
371	14	C	Parto cesareo senza CC	2.092	937	-	170
372	14	M	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.619	659	222	150
373	14	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.272	589	222	148
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.122	893	637	175
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.859	1.035	-	190
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.264	375	203	135
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.787	849	1.301	130
378	14	M	Gravidanza ectopica	1.629	602	239	159
379	14	M	Minaccia di aborto	1.376	445	177	118
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.133	422	209	139
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	989	543	1.099	149
382	14	M	Falso travaglio	612	247	136	91
383	14	M	Altre diagnosi preparato con complicazioni mediche	1.262	346	190	127
384	14	M	Altre diagnosi preparato senza complicazioni mediche	763	332	150	77
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	5.435	344	-	84
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	30.738	-	532	354
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori	14.151	-	514	343
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori	5.435	-	227	151
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	3.919	-	262	175
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative	1.146	-	154	103
391	15	M	Neonato normale	560	-	-	-
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni	6.624	1.812	-	211
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni	4.703	1.158	-	155
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	4.179	1.160	1.587	183

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.676	429	216	91
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.190	367	247	112
397	16	M	Disturbi della coagulazione	2.748	583	271	181
398	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	3.589	393	218	145
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	1.704	305	192	98
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	11.719	2.153	1.534	230
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.944	1.183	1.534	207
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.185	1.022	336	224
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1.823	461	273	115
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	11.143	2.309	401	267
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.178	2.411	1.993	236
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.668	1.625	1.993	246
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.384	1.923	2.427	332
409	17	M	Radioterapia	1.471	602	353	180
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.792	496	371	156
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	868	220	154	64
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	734	337	230	97
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.788	555	319	175
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2.876	322	226	124
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni	3.176	459	293	195
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.508	398	221	147
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.710	398	228	152
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.086	318	219	146
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.184	340	221	147
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.660	287	209	139
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.155	546	266	177
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	4.963	1.550	2.029	151
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.669	278	162	113
426	19	M	Nevrosi depressive	858	148	137	44
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	757	141	137	43
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.267	191	162	72
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	1.356	352	137	92

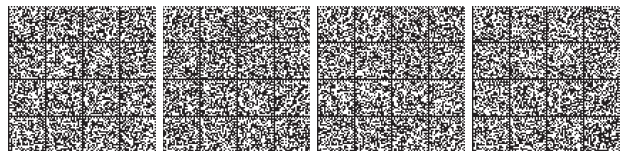


All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	
430	19	M	Psicosi	1.942	175	162	71
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	1.118	319	162	149
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.409	289	162	104
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	664	242	170	113
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	4.724	1.770	2.174	213
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.384	1.358	1.728	217
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	3.119	1.355	1.612	251
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	9.945	2.217	1.457	231
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	3.492	1.197	1.457	217
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.877	374	233	155
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	2.126	377	233	173
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni	1.271	368	256	171
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.404	331	218	146
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni	951	240	177	118
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.411	374	230	153
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.272	298	203	135
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.056	330	214	143
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC	3.283	564	255	170
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.733	377	214	143
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.593	413	282	164
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.704	404	282	188
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	4.924	2.067	2.537	226
462	23	M	Riabilitazione	1.943	414	221	147
463	23	M	Segni e sintomi con CC	2.870	320	209	123
464	23	M	Segni e sintomi senza CC	1.748	317	209	139
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	854	842	179	221
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	863	506	179	129
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	652	265	134	68
468	NA	C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	10.158	2.733	3.468	227
469	NA	NA	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	457	104	104	83
470	NA	NA	Non attribuibile ad altro DRG	457	61	61	49
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	13.244	6.837	-	250

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	16.082	3.456	461	307
476	NA	C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	7.369	1.903	2.496	265
477	NA	C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	5.172	1.533	1.931	227
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.742	1.851	2.258	235
480	Pre	C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	62.648	-	-	664
481	Pre	C	Trapianto di midollo osseo	59.806	5.707	4.666	405
482	Pre	C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.891	2.221	-	187
484	24	C	Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti	22.206	5.899	-	423
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli rilevanti	19.551	5.129	-	278
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti	19.289	4.440	-	311
487	24	M	Altri traumasmi multipli rilevanti	5.559	677	-	236
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	27.409	4.145	-	304
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	8.186	607	282	155
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	2.458	532	261	110
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	8.565	3.184	-	230
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.576	985	353	194
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.397	1.496	1.458	196
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.834	1.210	1.458	211
495	Pre	C	Trapianto di polmone	72.572	-	-	321
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.723	8.182	-	263
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	15.069	6.600	-	305
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	12.376	6.472	-	287
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	6.347	1.662	1.775	241
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.672	1.457	1.775	295
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.595	2.109	-	248
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	5.183	1.330	-	187
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.808	1.024	2.009	127
504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore con innesto di cute	49.026	-	-	363
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	10.835	1.446	-	385
506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	16.494	1.774	-	218



All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 [^] rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	8.421	1.531	1.488	328
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.825	466	-	161
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	3.435	434	291	194
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.228	532	-	161
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	2.311	357	218	146
512	Pre	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.728	-	-	470
513	Pre	C	Trapianto di pancreas	61.451	-	-	270
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	16.573	9.945	9.948	222
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	3.962	2.163	2.586	167
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	12.753	3.800	-	298
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.916	3.088	3.183	346
521	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.728	304	197	131
522	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.882	217	173	115
523	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.436	243	177	118
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria	2.543	382	237	158
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	53.272	20.044	-	429
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	25.812	5.457	-	424
529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	12.891	2.348	-	237
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	7.816	2.049	-	217
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC	14.639	4.389	2.782	279
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	8.413	2.675	2.782	330
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC	4.806	1.566	1.734	294
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.119	1.444	1.734	311
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	24.098	10.757	-	198
536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	21.634	10.357	-	216
537	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5.618	1.751	1.758	217
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.651	882	1.758	151

All.1 assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^{va} rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Ricoveri Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	13.271	3.108	-	300
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	4.867	1.636	2.009	258
541	Pre	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	51.919	8.266	-	356
542	Pre	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	34.546	3.032	-	293
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	16.777	2.898	-	312
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.837	3.736	-	205
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.152	4.565	-	261
546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	19.545	9.391	-	279
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	22.125	5.499	-	372
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	19.112	5.133	-	366
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	18.154	4.742	-	409
550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.674	4.082	-	376
551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	9.384	3.606	3.653	201
552	5	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.756	2.091	2.508	166
553	5	C	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.039	2.604	3.445	278
554	5	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.144	2.148	2.740	227
555	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.207	2.062	2.473	201
556	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.747	2.479	2.970	174
557	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.128	4.098	4.901	191
558	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.434	4.101	4.917	174
559	1	M	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	6.073	608	-	201
560	1	M	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	8.067	653	307	205
561	1	M	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	6.058	517	254	169
562	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.289	455	246	164
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.193	450	214	109
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	1.631	321	195	99
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	15.595	1.236	-	283

All.1. assist. ospedal. x Acuti

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.; DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Giornate Oltre Valore Soglia (per giornata)
566	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6.764	637	297	198
567	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.712	2.541	-	214
568	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	12.418	2.263	-	207
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.793	2.659	-	250
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	11.318	2.377	-	233
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago	3.392	593	248	165
572	6	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	3.484	459	240	160
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	14.889	3.179	-	240
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	3.738	657	251	167
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	21.349	1.629	-	276
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	5.493	559	247	165
577	1	C	Inserzione di stent carotideo	5.795	2.651	3.172	308
578	18	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18.314	2.814	3.432	250
579	18	C	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	9.163	1.555	2.179	180

