

Indice

A.	Struttura del sistema tariffario per i ricoveri	2
A.1.	Utilizzo del peso come base per la tariffa	2
A.2.	Tariffa base per il 2002	2
A.3.	Incremento tariffario sulla base della funzione del presidio all'interno della rete regionale	3
A.4.	Incremento tariffario sulla base della funzione universitaria.	4
A.5.	Incremento tariffario sulla base dell'appropriatezza dei ricoveri.	4
A.6.	Incremento tariffario sulla base dell'accreditamento.	6
B.	Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	6
C.	I soggetti erogatori	10
D.	Tipi di prestazioni ed i relativi pesi di base.....	11
D.1.	Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza ordinaria	12
D.2.	Prestazioni chirurgiche di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno.	15
D.3.	Altre prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno (diagnostica e terapia)	17
D.4.	Trapianti	18
D.5.	Riassunto del nomenclatore per acuzie e relativi pesi	20
D.6.	Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza ordinaria.....	33
D.7.	Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero diurno	37
D.8.	Prestazioni di lungodegenza postacuzie ospedaliera erogate in regime di degenza ordinaria	38
D.9.	Endoprotesi.....	39
D.10.	Prestazioni specialistiche erogate per singolo accesso in PS/DEA cui non segue ricovero	41
D.11.	Prestazioni di emergenza per non residenti in Piemonte	41
D.12.	Riconoscimento per la gestione dell'attività di Pronto Soccorso dei Presidi sedi di DEA.	41

Legenda

ARESS	Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari
ASL	Azienda sanitaria locale
ASO	Azienda sanitaria ospedaliera
ASR	Aziende regionali: ASL ed ASO
DH	Day hospital (ricovero diurno)
DPCM	Decreto presidente consiglio dei Ministri
DRG	Diagnosis Related Groups
Istituti di cura	Singoli presidi pubblici e privati come da HSP 11 bis
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MDC	Major Diagnostic Categories (= ROD Raggruppamento omogeneo per diagnosi)
Rete pubblica	ASL, ASO e presidi ex. art 41,42,43 L. 833/78
Rete regionale	Rete pubblica e case di cura provvisoriamente accreditate
RO	Ricovero ordinario
SDO	Schede di Dimissione Ospedaliera
UO	Unità Operativa

A. Struttura del sistema tariffario per i ricoveri

A.1. Utilizzo del peso come base per la tariffa

Durante gli ultimi anni è stato utilizzato, per motivi di programmazione sanitaria, il peso della singola prestazione sia nella fase di programmazione sia in quella di consuntivazione. Questa scelta è stata fatta anche in alcune altre Regioni. Il sistema più specifico della valorizzazione delle prestazioni, in modo che rispecchi il ruolo del singolo presidio all'interno della rete regionale, rende necessaria l'applicazione di una misura di base su cui applicare i coefficienti dei singoli presidi. Al termine della fase di sperimentazione del sistema di accreditamento, sono previste delle tariffe specifiche per singola unità operativa. Per questi motivi, e per facilitare eventuali successivi aggiornamenti della valorizzazione, si ritiene di esprimere il consumo relativo di risorse della singola prestazione attraverso il sistema dei pesi.

I pesi specifici delle singole prestazioni si basano su quelli individuati dal Decreto Ministeriale 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994".

Analisi regionali successive hanno determinato la necessità dell'estensione del sistema dei pesi alle prestazioni di day hospital, di riabilitazione e di lungodegenza postacuzie, che sono stati adottati con D.G.R. n. 90-4982 del 28 dicembre 2001.

Di conseguenza, nelle tabelle per singola prestazione nella sezione D. sono espressi i consumi di risorse attraverso il peso relativo attribuito. Per ottenere la valorizzazione delle prestazioni di uno specifico ospedale è necessario effettuare una moltiplicazione del peso per la tariffa base e per il coefficiente del singolo presidio. La formula è pertanto:

Valore della prestazione = peso della prestazione * tariffa base

Per le prestazioni di acuzie il valore della prestazione è incrementato dai **coefficienti A.3., A.4. e A.5.**

Per le prestazioni di non acuzie (ad esclusione della lungodegenza) il valore della prestazione è incrementato dal **coefficiente A.3.**

Successivamente, in seguito all'attuazione del processo di accreditamento delle strutture, sarà utilizzato il coefficiente A.6., così come rappresentato nel capitolo relativo.

A.2. Tariffa base per il 2002

La tariffa base per l'anno 2002 è stata costruita sulla base dei costi effettivi del 2000 rilevati dalla media dei 2/3 migliori dell'attività ospedaliera delle aziende regionali. I costi effettivi nel 2000 prendono in considerazione tutti i processi inflattivi dall'ultimo tariffario (1997) al 2000 e sono inclusi i rinnovi dei contratti del personale medico e non medico, l'incremento dei prezzi dei beni e servizi, nonché l'eventuale maggiore consumo di fattori produttivi dovuti alla normativa. La costruzione della tariffa sulla base del 2/3 migliori delle aziende rispecchia l'obbligo del DM 15 aprile 1994 della costruzione delle tariffe sulla base di erogatori efficienti ed efficaci. Dato atto che un erogatore efficiente deve rappresentare

una corrispondenza tra la valorizzazione dei ricoveri, delle prestazioni ambulatoriali e dell'emergenza con i costi relativi, tenendo conto anche dell'andamento generale dei costi dei fattori produttivi, sono stati confrontati in particolare i costi dei presidi ospedalieri con il sistema di valorizzazione esistente. Selezionando la produzione ospedaliera dei 2/3 più efficienti delle Aziende, individuati sulla base della quota valore della produzione divisa per i costi della produzione, si è proceduto a calcolare la percentuale di incremento da applicare sul livello tariffario del 1997 (13% di incremento).

Tenuto anche conto che l'incremento dei costi 2002 rispetto al 2000 risulta contenuto a seguito degli interventi di razionalizzazione già intrapresi nella ricontrattazione delle forniture e del blocco delle assunzioni, la tariffa base per il 2002 è, di conseguenza, pari ad Euro **2.305,00** per unità di peso.

A.3. Incremento tariffario sulla base della funzione del presidio all'interno della rete regionale

I pesi assegnati alle prestazioni di ricovero rispecchiano la complessità ed il consumo di risorse specifico per l'erogazione. Come già previsto nella D.G.R. 44/97 esistono alcune funzioni che, per il loro ruolo all'interno della rete regionale, sostengono dei costi maggiori rispetto ai DRG prodotti. Le aziende ospedaliere infatti, sono state individuate con i criteri di cui all'articolo 4 della L.517/93:

“Paragrafo 2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

- a) presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specifiche fornite nel DM del 29/1/1992....(omissis).
- b) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità

Paragrafo 4. Le Regioni possono altresì costituire in azienda i presidi ospedalieri in cui esiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza dotati del dipartimento di emergenza ..(omissis).. e che siano, di norma, dotati anche di elisoccorso.

Le strutture di riferimento nazionale e di alta specializzazione hanno, in funzione dei compiti loro assegnati, dei costi superiori agli ospedali di base. Il fatto di essere un centro di riferimento comporta, però, dei costi difficilmente individuabili. Nelle strutture di riferimento, per esempio, vengono trattati i casi più gravi nell'ambito di ogni DRG. La tariffa unica per DRG, che presuppone una casistica normalizzata di pazienti, può sottopagare la casistica effettiva.

La presenza e la relativa importanza di reparti e servizi di alta specializzazione, la disponibilità e l'utilizzo di grandi apparecchiature tende inoltre a caricare le strutture di riferimento con dei maggiori costi determinati dal ruolo loro assegnato.

Si è mantenuta la quantificazione del 15 % quale maggiorazione necessaria della tariffa per compensare Le Aziende Sanitarie Ospedaliere. La maggiorazione è applicata su tutte le prestazioni di ricovero. Alle Aziende Ospedaliere regionali sono, per quanto riguarda questo argomento, equiparati gli Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, L'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino e l'Istituto di Ricerca e Cura del Cancro di Candiolo. La maggiorazione del 15%, viene indicata nelle tabelle relative ai soggetti erogatori per ogni singolo ospedale facente parte dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera, in

quanto la definizione di Azienda Ospedaliera è comunque legata indissolubilmente all'assetto istituzionale piuttosto che al singolo ospedale facente parte dell'Azienda medesima.

A.4. Incremento tariffario sulla base della funzione universitaria.

Nell'accordo tra la Regione Piemonte e l'Università è stata prevista una maggiorazione tariffaria, da parte del sistema sanitario, per l'assistenza prodotta, pari a 5,5%.

Nella tabella che segue è indicata sia la percentuale di unità operative a direzione universitaria rispetto al numero totale di unità operative all'inizio dell'anno 2001 che l'incremento tariffario calcolato moltiplicando tale percentuale con il coefficiente fisso (5,5%) ed arrotondato all'unità intera.

ASR	Denominazione presidio	% UO a direzione universitaria	% incremento tariffario
101	Ospedale Oftalmico di Torino	11%	1%
103	Ospedale Amedeo di Savoia di Torino	20%	1%
901	Ospedale Dermatologico s. Lazzaro di Torino	50%	3%
	Ospedale S. Giov.Battista Molinette di Torino	56%	3%
	Ospedale San Vito di Torino	67%	4%
902	Centro Traumatologico Ortopedico di Torino	24%	1%
903	Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna di Torino	40%	2%
	Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino	41%	2%
904	Ospedale "S.Luigi" di Orbassano	58%	3%
905	Ospedale Maggiore della Carita' di Novara	26%	1%
985	Ospedale Mauriziano "Umberto I" di Torino	15%	1%

La percentuale si calcola sulla base della situazione esistente all'inizio di ogni anno.

A.5. Incremento tariffario sulla base dell'appropriatezza dei ricoveri.

Il sistema regionale di controllo dell'appropriatezza ha applicato, da alcuni anni, degli indicatori di verifica dell'appropriatezza dei ricoveri per acuzie. In particolare per le criticità riguardanti prestazioni in cui risulta inappropriato il regime o la modalità di erogazione, si propone di evidenziare una serie di prestazioni ospedaliere, per le quali si conviene che il ricorso al ricovero sia da considerarsi "potenzialmente inappropriato".

Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o di day hospital che le strutture sanitarie avrebbero potuto trattare in un regime diverso (rispettivamente in day hospital o in regime ambulatoriale) con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Come anche evidenziato dalla documentazione sui LEA (vedere punto B) si è ritenuto necessario, pertanto, promuovere, da parte della Regione un comportamento corretto. La materia è in costante evoluzione con degli studi a livello nazionale, regionale ed aziendale. Ogni anno è prevista una revisione nell'applicazione della metodologia sulla base delle risultanze di questi studi.

I valori di appropriatezza vengono calcolati secondo il seguente percorso:

1. Trasformazione di ricoveri ordinari acuti (chirurgici e non) in day hospital (LEA).

Partendo dall'elenco di DRG del documento sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si applica una conversione dei ricoveri ordinari acuti in ricoveri diurni. L'eventuale

conversione di ricoveri ordinari in prestazioni ambulatoriali verrà approfondita successivamente alla revisione del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. La quantità di RO convertibili è stata, per ora, applicata al 50%, considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero ordinario. Questi DRG non sono inclusi nelle trasformazioni di cui a seguenti punti 3 e 4.

2. Trasformazione di Day Hospital (chirurgici e non) in prestazioni ambulatoriali.

Prendendo in esame la produzione ospedaliera a ciclo diurno, possono essere individuate, secondo l'elenco proposto dalla Federazione Italiana di Day Surgery e ripreso dall'ARESS, le codifiche di DH relative ad interventi effettuabili in regime ambulatoriale. La quantità di DH convertibili così individuata è stata, per ora, applicata all'80% considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero.

3. Trasformazione di ricoveri ordinari chirurgici in Day Surgery.

Prendendo in esame la produzione ospedaliera degli interventi chirurgici, possono essere individuati, secondo l'elenco proposto dalla Federazione Italiana di Day Surgery (Lista di interventi e procedure eseguibili in day surgery classificati secondo la codifica ICD.9.CM), le codifiche degli interventi principali effettuabili in day surgery. La quantità di RO chirurgici convertibili così individuata è stata, per ora, applicata all'80% considerando la peculiarità dei casi clinici che, per particolari condizioni anagrafiche e/o patologiche, possono richiedere in ogni caso il ricovero. Non si prendono in considerazione i DRG già inclusi nel punto 1.

4. Trasformazione di ricoveri ordinari medici in Day Hospital.

La sezione evidenzia una quota pari al 50% dei ricoveri ordinari brevi con degenza di 2-3 giorni (escluso decesso o trasferimento), relativi a ricoveri aventi degenza media effettiva regionale calcolata per DRG superiore al doppio di quella rilevata. E' ipotizzato quindi che il 50% di tali ricoveri possa essere effettuato in condizioni più appropriate con ricoveri a ciclo diurno. Non si prendono in considerazione i DRG già inclusi nel punto 1.

5. Trasformazione di ricoveri ordinari medici in prestazioni ambulatoriali.

Oltre alla possibilità di conversione indicata nella sezione precedente, la rimanente quota di ricoveri brevi, per la metà (25% del totale) è ipotizzata, in conversione, in prestazioni di carattere ambulatoriale.

6. Trasformazione di ricoveri ordinari medici, di durata brevissima, in prestazioni ambulatoriali.

E' ipotizzata una quota pari al 50% dei ricoveri ordinari medici di degenza effettiva 0-1 giorno (escluso decesso o trasferimento) da trasformarsi in prestazioni ambulatoriali.

7. Trasformazione di ricoveri ordinari medici in prestazioni di assistenza residenziale o di cure domiciliari.

Si ipotizza, infine, una quota pari al 20% dei ricoveri medici per acuzie ripetuti (stessa persona, stesso istituto, stessa MDC) di oltre 2 giorni di degenza, da trasformarsi in prestazioni di ricovero presso le residenzialità sanitarie e/o in interventi di assistenza domiciliare integrata.

Confrontando i valori prima della verifica con quelli che risultano dopo la verifica si calcola una differenza di ricoveri potenzialmente non appropriati. In funzione della percentuale

della differenza si applica una percentuale di miglioramento della tariffa per acuzie. La percentuale si calcola ogni anno sulla base della media delle schede dell'anno precedente.

Il percorso di appropriatezza sopraindicato riflette il sistema di programmazione che la Regione Piemonte ha adottato negli ultimi due anni per la definizione dei budget alle singole aziende sanitarie. Il percorso indicato riflette un comportamento virtuoso degli organismi aziendali, che può essere raggiunto in periodi temporali differenziati. Si è ritenuto pertanto di incentivare le strutture più efficienti nell'ambito degli indici di appropriatezza.

Le percentuali di incremento tariffario per singolo presidio verranno calcolate annualmente ed in particolare le quote definitive per l'anno 2002 saranno individuate sulla base delle SDO prodotte nell'anno 2001. A titolo provvisorio le percentuali sono individuate sulla base delle SDO 2000 (acuzie ad intero carico del SSN).

Per il presidio ospedaliero Amedeo di Savoia dell'ASL 3 di Torino, non si applica in questa fase il calcolo sulla percentuale di appropriatezza; la percentuale individuata è quella media di tutte le aziende in attesa di successivi approfondimenti relativi alle specificità dell'attività monospécialistica.

A.6. Incremento tariffario sulla base dell'accreditamento.

E' in corso il processo di accreditamento delle strutture come dalla deliberazione di consiglio regionale numero 616-3149 del 22 febbraio 2000. Al termine di questo processo si dovrà prevedere, come già evidenziato nella deliberazione stessa, l'attribuzione di un incremento delle tariffe sulla base delle risultanze del processo (classi A, B e C).

B. Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

La Conferenza Stato-Regioni, nel corso della seduta del 22 novembre 2001, ha sancito l'Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n 502 e successive modificazioni (Repertorio n. 1318), che individua, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza Ospedaliera, le seguenti prestazioni:

- Pronto soccorso
- Degenza ordinaria, inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie.
- Ricoveri diurni (day hospital e day surgery)
- Interventi ospedalieri a domicilio
- Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di organi e tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti.

Il documento evidenzia **alcune aree critiche** che devono essere considerate:

“Allegato 2A - Prestazioni totalmente escluse dai LEA:

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;*
- b) circoncisione rituale maschile;*

- c) *medicines non convenzionali (agopuntura – fatta eccezione per le indicazioni anestesiológicas- fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);*
- d) *vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'esterno;*
- e) *certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizione di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.).*
- f) *Le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, presso terapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea. Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B, che individua le prestazioni parzialmente escluse dai LEA.*

Allegato 2B – Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:

- a) *assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.*
- b) *Densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica.*
- c) *Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2°, punto f).*
- d) *Chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.*

Allegato 2C – Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione.

Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Si riporta di seguito un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriatezza" se erogate in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale / soglia di ammissibilità, fatto

salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

COD_DRG	Denom_drg	TIPO_DRG
006	Decompressione del tunnel carpale	C
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	M
025	Convulsioni e cefalea eta` > 17 senza cc	M
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` > 17	C
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` < 18	C
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)	C
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C
065	Alterazioni dell'equilibrio (eccetto urgenze)	M
119	Legatura e stripping di vene	C
131	Malattie vascolari periferiche, senza cc (eccetto urgenze)	M
133	Aterosclerosi, senza cc (eccetto urgenze)	M
134	Ipertensione (eccetto urgenze)	M
142	Sincope e collasso, senza cc (eccetto urgenze)	M
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	C
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 g.)	C
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 g.)	C
163	Interventi per ernia, eta` < 18 (eccetto ricoveri 0-1 g.)	C
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta` >17 senza cc	M
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta` < 18 (eccetto urgenze)	M
187	Estrazioni e riparazioni dentali	M
208	Malattie delle vie biliari, senza cc (eccetto urgenze)	M
222	Interventi sul ginocchio senza cc (codice intervento 80.6)	C
232	Artroscopia	C
243	Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)	M
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)	C
267	Interventi perianali e pilonidali	C
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	C
276	Patologie non maligne della mammella	M
281	Traumi della pelle, del tessuto subcutaneo e della mammella, eta` >17 senza cc (eccetto urgenze)	M
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta` <18 (eccetto urgenze)	M
283	Malattie minori della pelle con cc	M
284	Malattie minori della pelle senza cc	M
294	Diabete eta` > 35 (eccetto urgenze)	M
301	Malattie endocrine, senza cc	M
324	Calcolosi urinaria, senza cc (eccetto urgenze)	M
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` > 17 senza cc (eccetto urgenze)	M
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	C
395	Anomalie dei globuli rossi, eta` > 17 (eccetto urgenze)	M

COD_DRG	Denom_drg	TIPO_DRG
426	Nevrosi depressive (eccetto urgenze)	M
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)	M
429	Disturbi organici e ritardo mentale	M
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)	M

Punto 4.2 - Si conviene che vanno apportate, entro il 31 marzo 2002, modifiche al nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, anche in base alle indicazioni contenute nell'allegato 2B e ferme restando le esclusioni di cui all'allegato 2A, assicurando inoltre l'inserimento, in detto nomenclatore, di prestazioni attualmente erogabili solo in regime di ricovero ospedaliero, per le quali vi sia evidenza di un più appropriato regime d erogazione in sede di specialistica ambulatoriale.

Punto 6.1 - Si conviene di definire un sistema di manutenzione degli elenchi di prestazioni e servizi inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza per i cittadini in relazione alle risorse definite".

Nel presente documento sono incluse soltanto le prestazioni ospedaliere come definite dai LEA. La revisione del nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali sarà oggetto di successivo specifico provvedimento, in attuazione delle considerazioni indicate nei LEA e sopra evidenziate. Dovranno essere effettuate approfondite verifiche ed analisi per procedere all'adeguamento del nomenclatore, al fine di poter ottemperare alle indicazioni di appropriatezza indicate nei punti 5 e 6 della sezione A.5., riconoscendo, in analogia a quanto previsto per le prestazioni di ricovero, un incremento tariffario delle prestazioni ambulatoriali. Per quanto riguarda infatti i controlli relativi a ciascuna tipologia di prestazione (sezione D), essi presuppongono la definizione di prestazioni ambulatoriali coerenti con una corretta applicazione del criterio di appropriatezza.

Nell'allegato 3.1 dei LEA sono elencati alcuni indicatori del livello ospedaliero (15 organizzativi e 5 clinici), la maggior parte dei quali già utilizzati nel monitoraggio regionale, che verranno utilizzati a partire dai dati sui ricoveri 2001.

L'elenco dei DRG che i LEA considera "a più alto rischio di inappropriatazza" contiene prestazioni chirurgiche e non chirurgiche. Per l'anno 2002 verrà studiato il fenomeno sulla base della situazione piemontese al fine di emanare delle regole specifiche legate al punto A.5 del presente documento.

Le prestazioni ospedaliere dei LEA sono affrontate nella parte D del presente documento come di seguito indicato:

Prestazione ospedaliera	Sezione
Pronto soccorso	D.10, D.11, D.12
Degenza ordinaria, inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie.	D.1, D.6, D.8, D.9
Ricoveri diurni (day hospital e day surgery)	D.2, D.3, D.7, D.9
Interventi ospedalieri a domicilio	Si rimanda alle specifiche norme di riferimento

Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali	Si rimanda alle specifiche norme di riferimento
Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di organi e tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti.	D.4

C. I soggetti erogatori

Gli Ospedali (soggetti erogatori) facenti parte della rete pubblica sono riportati nella seguente tabella nella quale sono indicate le percentuali di cui alla sezione A.3., A.4. ed A.5. , attribuite provvisoriamente.

ASR	Codice HSP11	Subcodice HSP11BIS	Denominazione	A.3. Incremento per funzione	A.4. Incremento per università	A.5. Incremento per appropriatezza
101	010010	00	Ospedale Oftalmico di Torino	0%	1%	2%
102	010007	00	Ospedale Martini di Torino	0%		2%
103	010003	00	Ospedale Maria Vittoria di Torino	0%		2%
103	010013	00	Ospedale Amedeo Di Savoia di Torino	0%	1%	0%
104	010011	01	Giovanni Bosco di Torino	0%		0%
105	010079	01	Ospedale Degli Infermi di Rivoli	0%		3%
105	010079	02	Ospedale Civile di Giaveno	0%		0%
105	010079	03	Ospedale Villa S.Agostino di Avigliana	0%		2%
105	010079	04	Ospedale Civile di Susa	0%		0%
106	010019	01	Stabilim. Ospedaliero di Cirie'	0%		1%
106	010019	02	Stabilim. Ospedaliero di Venaria	0%		1%
107	010017	00	Ospedale Civico di Chiasso	0%		2%
108	010004	01	Ospedale Maggiore di Chieri	0%		0%
108	010004	02	Ospedale Santa Croce di Moncalieri	0%		1%
108	010004	03	Ospedale San Lorenzo di Carmagnola	0%		0%
109	010023	01	Ospedale di Ivrea	0%		3%
109	010023	02	Ospedale Civile di Cuorgne'	0%		0%
109	010023	03	Ospedale di Castellamonte	0%		0%
110	010030	00	Ospedale Civile "E.Agnelli" di Pinerolo	0%		0%
111	010009	01	Ospedale Sant'andrea di Vercelli	0%		0%
111	010009	02	Ospedale Ss.Pietro E Paolo di Borgosesia	0%		0%
111	010009	03	Ospedale S. Giovanni Battista di Gattinara	0%		0%
111	010009	04	Ospedale San Salvatore di Santhià	0%		0%
111	010009	05	Ospedale Ss. Trinita' di Varallo	0%		6%
112	010085	00	Osp. Degli Infermi di Biella	0%		0%
113	010006	01	Istituto S.S. Trinità di Borgomanero	0%		1%
113	010006	02	Istituto S.S. Trinità di Arona	0%		0%
113	010006	03	Ospedale San Rocco di Galliate	0%		0%
114	010005	01	Ospedale San Biagio di Domodossola	0%		0%
114	010005	02	Stabilimento Ospedaliero di Verbania	0%		0%
114	010005	03	Ospedale "Madonna Del Popolo" di Omega	0%		0%
115	010182	00	Presidio Sanitario di Boves	0%		N.A.
115	010591	00	Presidio Sanitario di Caraglio	0%		N.A.
116	010124	01	Ospedale Civile di Mondovì	0%		0%
116	010124	02	Nuovo Ospedale di Ceva	0%		0%
117	010126	01	Osp. Maggiore Ss. Annunziata di Savigliano	0%		2%
117	010126	02	Osp. Civile di Saluzzo	0%		0%

ASR	Codice HSP11	Subcodice HSP11BIS	Denominazione	A.3. Incremento per funzione	A.4. Incremento per università	A.5. Incremento per appropriatezza
117	010126	03	Osp. Maggiore Ss. Trinita' di Fossano	0%		0%
118	010120	01	Ospedale Civico Di San Lazzaro di Alba	0%		0%
118	010120	02	Ospedale Santo Spirito di Bra	0%		0%
119	010008	01	Ospedale Civile di Asti	0%		1%
119	010008	02	Ospedale di Nizza – Canelli	0%		0%
120	010166	00	Ospedale Ss Antonio e Margherita di Tortona	0%		0%
121	010164	00	Ospedale S. Spirito di Casale Monferrato	0%		0%
122	010165	01	Ospedale San Giacomo di Novi Ligure	0%		2%
122	010165	02	Ospedale Civile di Acqui Terme	0%		0%
122	010165	03	Ospedale Civile di Ovada	0%		0%
901	010901	01	Osp.S. Giov.Battista Molinette di Torino	15%	3%	2%
901	010901	02	Osp. Dermatologico S. Lazzaro di Torino	15%	3%	0%
901	010901	03	Ospedale San Vito di Torino	15%	4%	1%
901	010901	04	Ospedale S.Giovanni A.S. di Torino	15%		0%
902	010902	01	Centro Traumatologico Ortopedico di Torino	15%	1%	4%
902	010902	02	Centro Di Rieducazione Funzionale di Torino	15%		3%
902	010902	03	Ist. Chir. Ortop. Regina Maria Adelaide di Torino	15%		3%
903	010903	01	Osp. Ostetrico Ginecologico Sant'Anna di Torino	15%	2%	5%
903	010903	02	Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino	15%	2%	0%
904	010904	00	Az.San.Ospedaliera "S.Luigi" di Orbassano	15%	3%	0%
905	010905	00	Az.San.Ospedaliera Maggiore Della Carita' di Novara	15%	1%	0%
906	010906	00	Az.San.Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo	15%		0%
907	010907	01	Osp.Civile Ss.Antonio e Biagio di Alessandria	15%		0%
907	010907	02	Osp. Infantile C.Arrigo di Alessandria	15%		0%
920	010920	00	Centro Auxologico Italiano di Oggebbio	15%		0%
921	010921	00	Fondazione Salvatore Maugeri di Veruno	15%		0%
985	010885	00	Ospedale Mauriziano "Umberto I" di Torino	15%	1%	1%
987	010887	00	Ospedale Mauriziano di Lanzo Torinese	0%		0%
988	010888	00	Ospedale Mauriziano di Valenza	0%		0%
986	010886	00	C.I.O.V. -Osp.Evangelico Valdese di Torino	0%		2%
990	010890	00	Presidio Ausiliatrice di Torino	0%		N.A.
991	010891	00	Beata Vergine Consolata di San Maurizio Canadese	0%		N.A.
992	010892	00	Presidio Sanitario Gradenigo di Torino	0%		0%
993	010893	00	Presidio San Camillo di Torino	0%		N.A.
994	010894	01	Ciov - Ospedale Valdese di Torre Pellice	0%		0%
994	010894	02	Ciov - Ospedale Valdese di Pomaretto	0%		0%
995	010895	00	I.R.C.C. di Candiolo	15%		4%

Si ricorda, come già citato nella sezione A.1, che le percentuali indicate nella colonna A.3 si applicano per acuzie e post acuzie, mentre le percentuali indicate nelle colonne A.4 e A.5 sono utilizzate soltanto per acuzie.

D. Tipi di prestazioni ed i relativi pesi di base

Di seguito sono riportate le prestazioni che possono essere erogate a carico del sistema sanitario regionale, suddivise per tipologia. Per ciascun gruppo di prestazione è individuato:

- a. Il nomenclatore e le sue regole di applicazione
- b. Delimitazioni nell'erogazione delle prestazioni

- c. Gli strumenti di rilevazione
- d. I pesi e le regole di loro applicazione

D.1. Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di degenza ordinaria

D.1.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

Come nomenclatore delle prestazioni si conferma il sistema DRG. Per i ricoveri presso il reparto 47 (Grandi ustionati) dell'unico centro presente per adulti presso l'Ospedale CTO di Torino, si conferma quanto stabilito con la D.G.R. 44/97.

Si richiamano alcune indicazioni della D.G.R. 44/97:

“Le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero stesso, sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino. I relativi referti devono essere allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero.

Le prestazioni sopraindicate devono essere effettuate presso la struttura che effettua l'intervento. Solo nel caso di prestazioni non disponibili presso la struttura, si presume che essa si convenzioni con altra struttura in grado di erogare le prestazioni mancanti. La convenzione dovrebbe prevedere un addebito diretto dall'una all'altra e la consegna diretta del referto al medico della struttura che effettua il ricovero.

Nell'ottica di un'organizzazione del ricovero che rispecchi la qualità della prestazione e contemporaneamente l'economicità della stessa, si ritiene corretto includere la possibilità per la struttura di terminare l'episodio con forme alternative al ricovero ordinario. Questo può determinare una dimissione prima della fine dell'episodio e di una eventuale visita successiva per concludere l'episodio stesso (accertamento diagnostico finale, rimozione di suture ecc...) che, da un punto di vista economico, deve essere considerata parte dell'episodio di ricovero e non deve, pertanto, essere addebitata.

Per una chiarezza maggiore nei vari casi viene di seguito evidenziato il trattamento di prestazioni non direttamente collegate con il ricovero e pertanto non incluse nel DRG (caso A) e quindi il trattamento di alcuni tipi di prestazioni strettamente e direttamente collegate al ricovero programmato e pertanto incluse nel DRG (caso B).

Caso A

Tipo di prestazione

Accertamenti diagnostici che determinano la decisione di un ricovero

Forma di erogazione

Ambulatorio .

Chi prescrive

Il medico di base oppure lo specialista.

Chi paga

L'azienda USL di residenza dell'assistito.

Partecipazione alla spesa

A carico dell'assistito secondo le regole vigenti.

Sulla base degli accertamenti diagnostici precedentemente effettuati viene stabilita la necessità di ricovero. Il medico prescrive il ricovero e l'assistito sceglie la struttura in cui farsi ricoverare (di seguito chiamata "**struttura di ricovero**"). Da quel momento la struttura di ricovero ha in carico il paziente e, nel caso si rendessero necessarie prestazioni pre-ricovero, si attiva una precartella che seguirà tutto il ricovero e che deve essere allegata alla cartella clinica.

Caso B (pre-ricovero)**Tipo di prestazione**

Le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato

Forma di erogazione

Effettuata presso la struttura di ricovero. I referti relativi devono essere raccolti nella precartella e successivamente allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero.

Chi prescrive

Il medico della struttura di ricovero su un ricettario dell'Azienda.

Chi paga

Il costo delle prestazioni rientra nell'episodio di ricovero.

Partecipazione alla spesa

Nessuna in quanto prestazione inclusa in un intervento pagato a DRG.

Soltanto nel caso di prestazioni non disponibili presso la struttura le stesse possono essere effettuate presso altre strutture convenzionate a tal fine con la struttura di ricovero ed il trattamento verrà effettuato come segue:

Forma di erogazione

Effettuata presso altra struttura. I referti devono essere allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero.

Chi prescrive

Il medico della struttura di ricovero.

Chi paga

Il costo delle prestazioni rientra nell'episodio di ricovero e produce un addebito diretto tra le due strutture. Le prestazioni erogate tra strutture devono essere rilevate dalla struttura erogatrice sul tracciato C5 (Nel flusso di rilevazione della specialistica ambulatoriale).

Partecipazione alla spesa

Nessuna in quanto prestazione inclusa in un intervento pagato a DRG.

Dopo gli accertamenti, il paziente viene ricoverato dalla struttura di ricovero e la cartella clinica viene attivata. Nel caso in cui il ricovero non avvenga oppure avvenga in struttura diversa, le prestazioni devono essere considerate prestazioni indipendenti e addebitate all'azienda USL al netto della quota di partecipazione alla spesa sanitaria del cittadino che dovrà essere a carico del paziente.

Alla fine del ricovero il paziente viene dimesso e si chiude la cartella. L'azienda USL del paziente viene addebitata attraverso la scheda nosologica.

Esami diagnostici post-ricovero

Per tutti i tipi di ricovero gli esami diagnostici richiesti durante il ricovero e ad esso correlati rientrano nell'episodio e gli stessi, con i relativi referti, devono essere allegati alla cartella nosologica indipendentemente dalla forma di erogazione. Tali esami devono essere eseguiti entro 7 giorni dalla data della dimissione. Vanno esclusi da tale procedura eventuali esami diagnostici prescritti durante la visita post-ricovero in quanto considerati episodi successivi.

Forma di erogazione della prestazione

Forma ambulatoriale presso la stessa struttura di ricovero.

Chi prescrive

Le prestazioni dovranno essere prescritte dal medico della struttura di ricovero prima della dimissione.

Chi paga

Il costo delle prestazioni rientra nell'episodio di ricovero

Partecipazione alla spesa

Nessuna in quanto prestazione inclusa in un intervento pagato a DRG.

Soltanto nel caso di prestazioni non disponibili presso la struttura le stesse possono essere effettuate presso altre strutture convenzionate a tal fine con la struttura di ricovero ed il trattamento verrà effettuato come segue:

Forma di erogazione

Effettuata presso altra struttura. I referti devono essere allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero.

Chi prescrive

Il medico della struttura di ricovero prima della dimissione.

Chi paga

Il costo delle prestazioni rientra nell'episodio di ricovero e produce un addebito diretto tra le due strutture. Le prestazioni erogate tra strutture devono essere rilevate dalla struttura erogatrice sul tracciato C5 (Nel flusso di rilevazione della specialistica ambulatoriale).

Partecipazione alla spesa

Nessuna in quanto prestazione inclusa in un intervento pagato a DRG.

La regola sopra evidenziata dovrebbe permettere un utilizzo più intensivo dei posti letti disponibili presso la struttura in quanto eventuali attese interne di diagnostica non necessariamente richiedono la permanenza del paziente presso la struttura.

Visite post-ricovero

Tipo di prestazione

Visita, asportazione suture, medicazioni, rimozione drenaggio.

Forma di erogazione

Forma ambulatoriale presso la stessa azienda sanitaria entro 30 gg dalla data di dimissione

Chi prescrive

Il medico della struttura di ricovero che ha effettuato la dimissione.

Chi paga

Il costo delle prestazioni rientra nell'episodio di ricovero.

Partecipazione alla spesa

Nessuna in quanto prestazione inclusa in un intervento pagato a DRG.”

D.1.b. Delimitazioni nell'erogazione delle prestazioni

Tutte le specialità possono erogare questi tipi di prestazioni, tranne i seguenti codici: 28-unità spinale, 56-RRF, 60-lungodegenza post-acuzie, 75-neuroriabilitazione. Non si prevedono ricoveri nella specialità 51-Astanteria.

D.1.c. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione dirigenziale dell'Assessorato alla sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.1.d. I pesi e le regole di applicazione

Per l'elenco dei pesi si fa riferimento alla tabella nella sezione D.5.

I pesi sono quelli ministeriali pubblicati nel 1997.

Per i ricoveri presso il reparto 47 (Grandi ustionati) dell'unico centro presente per adulti presso l'ospedale CTO di Torino si applica quanto segue:

Specialità erogante	Peso
Reparto Grandi ustionati adulti (codice 47), ricovero ordinario	0,6516 pesi per giornata di degenza

I ricoveri chirurgici di un giorno sono equiparati alle prestazioni di day surgery (85% del peso previsto); non si raddoppia in caso di dimissione 1 e 6. Per i ricoveri di un giorno non chirurgici, con modalità di dimissione "1-Deceduto" e "6-Trasferito", si raddoppia il peso in quanto si presume un consumo di risorse maggiore.

Per i ricoveri ordinari di acuzie successivi dello stesso paziente (**ricoveri ripetuti**), di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Ospedale, classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), il peso è ridotto del 20% in quanto i costi relativi per l'assistenza specialistica di un paziente già noto clinicamente sono inferiori in particolare per le procedure diagnostiche; tale riduzione ha inoltre l'obiettivo di evitare comportamenti opportunistici volti a frazionare artificialmente un episodio di ricovero in più episodi successivi e ravvicinati.

D.2. Prestazioni chirurgiche di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno

D.2.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

La day surgery costituisce un regime assistenziale alternativo al ricovero ordinario, da un lato, ed alla prestazione ambulatoriale, dall'altro.

Con il termine chirurgia di giorno (day surgery) si intende l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

Si definisce "one day surgery" il ricovero di day surgery che richieda il pernottamento del paziente.

La day surgery richiede opportuna formazione tecnico professionale del personale che vi opera e si caratterizza per la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività, l'essere dedicata esclusivamente ad attività elettive, la chiara definizione delle procedure e dei percorsi, la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale.

L'attività di day surgery (e one day surgery) è disciplinata dalla D.C.R. n. 616-3149 del 22 febbraio 2000, dalla D.G.R. n. 82-1597 del 5 dicembre 2000 e dalle linee guida regionali di cui alla D.G.R. n. 57-3226 del 11 giugno 2001.

Il nomenclatore è, come per i ricoveri ordinari, il sistema DRG integrato con l'utilizzo di alcune procedure codificate attraverso ICD.9.CM.

D.2.b. Delimitazioni nell'erogazione delle prestazioni

Il provvedimento n. 82-1597 del 5 dicembre 2000 e sue eventuali modifiche ed integrazioni individua gli interventi che sono erogabili in day surgery.

D.2.c. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione dirigenziale dell'Assessorato alla Sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.2.d. I pesi e le regole di applicazione

Il previsto consumo di risorse per le prestazioni chirurgiche erogate in regime di ricovero diurno è minore rispetto alle stesse prestazioni erogate in forma di ricovero ordinario. Essendosi concentrati, quantitativamente, su un numero non ampio di DRG per i quali questo tipo di erogazione è previsto come forma ordinaria, si è optato per una differenza tra il consumo di risorse nella forma ordinaria e in quella diurna del 15%. Il peso del ricovero in day surgery è pertanto l'85% di quello in ricovero ordinario.

Si considerano come day surgery e pertanto quantificati con l'85% del peso del ricovero ordinario, indipendentemente dal numero di accessi (come DRG chirurgico), i seguenti tipi di ricoveri diurni non chirurgici:

DRG 124 "malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata"

DRG 125 "malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata"

DRG 323 con codice di procedura 98.51 "calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni".

Al fine di facilitare la trasformazione di interventi da ricovero ordinario in day surgery sono applicati i pesi di day surgery anche per le procedure previste nell'"Elenco procedure chirurgiche effettuabili in day surgery", di cui all'allegato 1 della D.G.R. n. 82-1597 del 5 dicembre 2000 e successive modifiche ed integrazioni, che diano origine ad un DRG medico.

D.3. Altre prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno (diagnostica e terapia)

D.3.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

Si richiamano alcune indicazioni della D.G.R. 44/97:

Nell'atto di indirizzo e coordinamento per le regioni relativo all'attivazione dei posti letto di assistenza a ciclo diurno negli ospedali (Decreto del presidente della repubblica, 20 ottobre 1992) l'assistenza ospedaliera diurna viene definita nel modo seguente (art. 1):

- *“Per l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità di ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambito ambulatoriale, sono destinati dalle unità sanitarie locali, sulla base delle indicazioni fornite dalle regioni e provincie autonome, ambienti dedicati all'assistenza ospedaliera diurna.*
- *L'attività erogata presso le strutture dove è svolta l'assistenza ospedaliera diurna è caratterizzata da ricoveri o cicli di ricovero in forma programmata, ciascuno di durata inferiore ad una giornata, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche. L'impegno operativo richiesto nelle attività di assistenza diurna deve di regola comportare, per ciascuna giornata, la trattazione di un numero di casi non superiore al doppio dei posti istituiti.”*

Nell'ambito dei controlli effettuati a livello regionale si è evidenziato un uso dello strumento del day hospital diagnostico non sempre congruo con le finalità del day hospital stesso, sia per quanto riguarda le prestazioni effettivamente erogate durante il ricovero che per l'utilizzo dei posti letto.

E' opportuno pertanto che tale attività sia finalizzata in particolare a trattare quei casi che richiedano indagini strumentali complesse con adeguata preparazione del paziente e modalità di effettuazione in condizioni controllate.

*Si ricorda inoltre che è possibile attivare presso le strutture **percorsi di erogazione di più prestazioni di specialistica ambulatoriale** durante la stessa giornata senza che il paziente abbia la necessità di ritornare più volte alla struttura.*

Nomenclatore di ogni accesso è il sistema DRG.

D.3.b. Delimitazioni nell'erogazione delle prestazioni

Non è possibile la codifica di DH terapeutico (codice 3) nei casi in cui siano erogate prevalentemente prestazioni diagnostiche.

I controlli riguarderanno l'uso corretto sia della codifica nonché dell'utilizzo dei posti letto.

A tal fine si ricorda che, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 20.10.1992, l'indice di rotazione di ogni posto letto non deve essere inferiore a uno e non superiore a due per ciascun giorno di funzionamento.

La Regione si riserva la facoltà di intervenire in caso di anomalie con eventuale annullamento dell'effetto economico delle prestazioni effettuate.

Obiettivi specifici per il DH diagnostico

Tenuto conto della possibilità di attivare dei percorsi di erogazione di più prestazioni di specialistica ambulatoriale durante la stessa giornata e che parte delle prestazioni prima e dopo il ricovero ordinario sono comprese nella tariffa onnicomprensiva, si prevede un

minor fabbisogno del day hospital diagnostico. La Regione si riserva la facoltà di intervenire in caso di anomalie anche ai fini dell'effetto economico delle prestazioni effettuate.

D.3.c. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione dirigenziale dell'Assessorato alla sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.3.d. I pesi e le regole di applicazione

Il consumo di risorse delle prestazioni è quantificato per singola giornata di accesso.

D.4. Trapianti

D.4.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

Le prestazioni di trapianto di organo e tessuto da cadavere vengono remunerate attraverso il DRG specifico.

Per il trapianto di intestino è stato individuato un nomenclatore come segue:

Trapianto di intestino isolato: Questa prestazione è definita attraverso i DRG 148 e 149 se associati ai codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 46.99 e 45.8 e al codice di diagnosi secondaria V.42.8 per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Per tali casi il valore soglia nonché la valorizzazione delle giornate aggiuntive resta quella dei DRG specifici.

Trapianto multiviscerale: Questa prestazione è definita attraverso i DRG 154 e 155 e 480 se associati ai codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 45.8, 46.99 associati ad almeno uno dei seguenti codici 43.99, 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Per tali casi il valore soglia nonché la valorizzazione delle giornate aggiuntive resta quella dei DRG specifici.

Autotrapianto di intestino: Questa prestazione è definita attraverso i DRG 148 e 149 se associati ai codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 46.99 e 45.8 per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Per tali casi il valore soglia nonché la valorizzazione delle giornate aggiuntive resta quella dei DRG specifici.

Contemporaneamente da parte dell'Assessorato alla Sanità si attiverà una rilevazione dei costi unitamente all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino, al fine di effettuare un monitoraggio della attività per la ridefinizione delle tariffe sopradeterminate.

D.4.b. Delimitazioni nell'erogazione delle prestazioni

Tutte le valorizzazioni sono da riconoscersi ai soli Istituti abilitati a svolgere attività di trapianto ai sensi della normativa vigente.

D.4.c. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione dirigenziale dell'Assessorato alla sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.4.d. I pesi e le regole di applicazione

I pesi delle prestazioni dei trapianti sono identificati per singolo DRG come evidenziato nella sezione D.5. Per il **trapianto di intestino** il consumo di risorse risulta pari al peso per ricovero di seguito indicato:

Patologia	Peso
Trapianto di intestino isolato	56,2766 pesi per ricovero
Trapianto multiviscerale	82,5391 pesi per ricovero
Autotrapianto di intestino	25,3245 pesi per ricovero

Valorizzazioni aggiuntive al peso del trapianto per l'attività di osservazione, monitoraggio, prelievo e trasporto dell'organo:

I provvedimenti regionali di riferimento sono le DD.GG.RR. n. 10-27702 del 05.07.1999 e n. 22-29728 del 27.03.2000. Per l'attività di prelievo di osso da vivente occorre fare riferimento alla D.G.R. n. 2-3810 del 9 agosto 2001.

La seguente tabella 1 fa riferimento ai casi in cui in uno stesso ricevente venga impiantato un solo organo o tessuto; nei casi in cui invece si realizzino trapianti multipli le cifre relative agli organi o ai tessuti andranno sommate.

Tab. 1: Valorizzazione prelievi di organo o tessuto da cadavere

Importi da fatturare dalle Aziende sede di prelievo alle Aziende sede di trapianto

Organo o tessuto	Euro
Cuore	2.522,00
Fegato	2.522,00
Pancreas	2.522,00
Polmone	2.522,00
Rene	2.522,00
Intestino	2.522,00
Cornea	207,00

Valorizzazione trasporto di organo

Euro 318,00

Valorizzazione equipe diversa da quella che effettua il trapianto.

Importo da fatturare dall'Azienda dell'equipe che effettua il prelievo all'Azienda sede di trapianto in ambito regionale.

Euro 516,00

Tab.2: Valorizzazione Trapianti

Importi da riconoscere alle Aziende sede di trapianto

Tipo di trapianto	Modalità di codifica ICD-9-CM (97)	Importo
-------------------	------------------------------------	---------

Cuore	37.5	Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 103 C "Trapianto di cuore" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto
Fegato	50.51;50.59	Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 480 C "Trapianto di Fegato" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto
Pancreas	52.80; 52.82; 52.83	Alla tariffa corrispondente al peso del DRG specifico verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto
Rene	55.69	Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 302 C "Trapianto di rene" verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto
Intestino	45.63; 45.8; 46.99; 52.83; 43.99; 52.83; 50.59	Alla tariffa corrispondente al peso del DRG specifico, verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto
Polmone	33.50, 33.51, 33.52	Alla tariffa corrispondente al peso del DRG 495 C "Trapianto di Polmone", verrà aggiunto l'importo di Euro 2840,00 per organo e trasporto
Cornea	11.60;11.62; 11.64;11.69	Alla tariffa corrispondente al peso del DRG specifico verrà aggiunto l'importo di Euro 207,00 per il tessuto

Per l'attività di prelievo di osso da vivente occorre fare riferimento alla D.G.R. n. 2-3810 del 9 agosto 2001

D.5. Riassunto del nomenclatore per acuzie e relativi pesi

Il nomenclatore relativo ai ricoveri per acuzie descritti nelle sezioni precedenti D1, D2 e D3 risulta come dalla seguente tabella. Nella lettura della tabella occorre tenere conto che:

- la tabella è ordinata per codice DRG (colonna a.);
- nella colonna b. è indicato il codice MDC relativo;
- nella colonna c. è indicato il tipo di DRG, chirurgico o medico;
- nella colonna e. è indicato il peso (il consumo di risorse medio per le attività incluse nel DRG riportato al consumo di risorse per un ricovero medio di tutti i DRG) per un ricovero ordinario;
- nel caso il ricovero richieda un numero di giornate oltre quanto è considerato all'interno di una normale variabilità nell'ambito del DRG (oltre il valore soglia indicato nella colonna l.), si riconosce un peso ulteriore per giornata di ricovero indicato nella colonna f.;
- i ricoveri ordinari di un solo giorno consumano, di regola, meno risorse di un ricovero ordinario normale. Il peso relativo è indicato nella colonna g.;
- ad un intervento effettuato in day hospital chirurgico o in day surgery con o senza pernottamento, viene riconosciuto il peso indicato nella colonna h.. I pesi relativi a ricoveri diurni medici sono indicati nella colonna i.;
- i dati in grassetto riguardano DRG trattati in modo particolare rispetto alla regola generale (vedere la sezione D.2.d.).

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
001	1	C	Craniotomia eta` > 17, eccetto per traumatismo	3,9671	0,1074	3,3720	3,3720		57
002	1	C	Craniotomia eta' > 17 per traumatismo	3,6684	0,1258	3,1181	3,1181		34
003	1	C	Craniotomia eta` < 18	3,8149	0,1258	3,2427	3,2427		54
004	1	C	Interventi sul midollo spinale	2,6336	0,0683	2,2386	2,2386		47
005	1	C	Interventi sui vasi extracranici	1,9967	0,1091	1,6972	1,6972		31
006	1	C	Decompressione del tunnel carpale	0,5697	0,1155	0,4842	0,4842		11
007	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con cc	3,1336	0,0711	2,6636	2,6636		83
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc	1,0761	0,0863	0,9147	0,9147		25
009	1	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	2,0211	0,0951	0,1142		0,1142	41
010	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con cc	1,9698	0,1018	0,1179		0,1179	63
011	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza cc	1,1343	0,0930	0,1104		0,1104	50
012	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	1,6006	0,0831	0,0966		0,0966	48
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	0,9280	0,0844	0,0951		0,0951	43
014	1	M	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1,5726	0,0816	0,0994		0,0994	52
015	1	M	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	0,9767	0,0822	0,0966		0,0966	24
016	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con cc	1,6412	0,0861	0,1050		0,1050	41
017	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza cc	1,1108	0,0554	0,0925		0,0925	37
018	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con cc	1,2931	0,0848	0,0994		0,0994	37
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	0,8513	0,0633	0,1028		0,1028	33
020	1	M	Infezioni del sistema nervoso eccetto meningite virale	2,0454	0,0760	0,1329		0,1329	55
021	1	M	Meningite virale	1,2172	0,0588	0,1013		0,1013	31
022	1	M	Encefalopatia ipertensiva	1,3355	0,0900	0,1046		0,1046	31
023	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	1,0510	0,0711	0,0973		0,0973	41
024	1	M	Convulsioni e cefalea eta` > 17 con cc	1,0434	0,0651	0,1131		0,1131	31
025	1	M	Convulsioni e cefalea eta` > 17 senza cc	0,6989	0,0882	0,1020		0,1020	25
026	1	M	Convulsioni e cefalea eta` < 18	0,5909	0,1084	0,1262		0,1262	19
027	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	1,8185	0,1016	0,1316		0,1316	37
028	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta` > 17 con cc	1,6697	0,1054	0,1284		0,1284	31
029	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta` > 17 senza cc	0,7590	0,0921	0,1110		0,1110	14
030	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta` < 18	0,4429	0,1217	0,1522		0,1522	7
031	1	M	Commozione cerebrale, eta` > 17 con cc	0,8072	0,0709	0,1507		0,1507	25
032	1	M	Commozione cerebrale, eta` > 17 senza cc	0,5399	0,1355	0,1767		0,1767	11
033	1	M	Commozione cerebrale, eta` < 18	0,3836	0,1402	0,1750		0,1750	7
034	1	M	Altre malattie del sistema nervoso, con cc	1,7566	0,0885	0,1037		0,1037	49
035	1	M	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	0,9503	0,1054	0,1198		0,1198	41
036	2	C	Interventi sulla retina	1,1496	0,0769	0,9772	0,9772		24
037	2	C	Interventi sull'orbita	1,3408	0,1005	1,1397	1,1397		28
038	2	C	Interventi primari sull'iride	0,7791	0,0928	0,6622	0,6622		17
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	0,7545	0,1011	0,6413	0,6413		14
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` > 17	0,5809	0,1086	0,4938	0,4938		11
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` < 18	0,5253	0,1091	0,4465	0,4465		7
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	0,9707	0,0816	0,8251	0,8251		21
043	2	M	Ifema	0,4391	0,0741	0,1003		0,1003	14
044	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	0,9246	0,0631	0,1022		0,1022	27

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
045	2	M	Malattie neurologiche dell'occhio	0,7696	0,1026	0,1237		0,1237	25
046	2	M	Altre malattie dell'occhio, eta` > 17 con cc	0,9138	0,0936	0,1108		0,1108	29
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, eta` > 17 senza cc	0,5848	0,1007	0,1194		0,1194	23
048	2	M	Altre malattie dell'occhio, eta` < 18	0,5033	0,1172	0,1320		0,1320	15
049	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	2,8426	0,0812	2,4162	2,4162		71
050	3	C	Sialoadenectomia	1,1170	0,0928	0,9495	0,9495		24
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	0,9197	0,0917	0,7817	0,7817		17
052	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	1,0046	0,0878	0,8539	0,8539		18
053	3	C	Interventi su seni e mastoide, eta` > 17	0,9441	0,0812	0,8025	0,8025		17
054	3	C	Interventi su seni e mastoide, eta` < 18	0,8823	0,0666	0,7500	0,7500		21
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	0,8099	0,0917	0,6884	0,6884		14
056	3	C	Rinoplastica	0,6703	0,0876	0,5698	0,5698		14
057	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia eta` >17	0,6064	0,0782	0,5154	0,5154		11
058	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia eta` <18	0,5765	0,1048	0,4900	0,4900		5
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta` > 17	0,4226	0,0739	0,3592	0,3592		7
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta` < 18	0,2744	0,0943	0,2332	0,2332		5
061	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, eta` > 17	0,8135	0,1511	0,6915	0,6915		15
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, eta` < 18	0,5732	0,1226	0,4872	0,4872		7
063	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1,3412	0,0846	1,1400	1,1400		24
064	3	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	1,3252	0,0949	0,1179		0,1179	37
065	3	M	Alterazioni dell'equilibrio	0,6977	0,0887	0,1020		0,1020	24
066	3	M	Epistassi	0,5803	0,0704	0,1147		0,1147	17
067	3	M	Epiglottidite	0,6630	0,1086	0,1490		0,1490	17
068	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta` > 17 con cc	1,0188	0,0876	0,1001		0,1001	27
069	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta` > 17 senza cc	0,6482	0,1009	0,1119		0,1119	17
070	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta` < 18	0,4730	0,0775	0,1097		0,1097	11
071	3	M	Laringotracheite	0,5899	0,1031	0,1078		0,1078	11
072	3	M	Traumatismi e deformita' del naso	0,6566	0,1185	0,1539		0,1539	14
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta` > 17	0,7268	0,1074	0,1293		0,1293	17
074	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta` < 18	0,4465	0,1142	0,1507		0,1507	7
075	4	C	Interventi maggiori sul torace	3,0717	0,0915	2,6109	2,6109		48
076	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con cc	2,8397	0,0848	2,4137	2,4137		64
077	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza cc	1,0843	0,0889	0,9217	0,9217		45
078	4	M	Embolia polmonare	1,7081	0,0850	0,1020		0,1020	55
079	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta` > 17 con cc	2,6691	0,0842	0,0966		0,0966	79
080	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta` > 17 senza cc	1,9709	0,0773	0,0842		0,0842	92
081	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, eta` < 18	1,6068	0,1209	0,1357		0,1357	41
082	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	1,4065	0,0698	0,1074		0,1074	47
083	4	M	Traumi maggiori del torace, con cc	0,9608	0,0940	0,1187		0,1187	24
084	4	M	Traumi maggiori del torace, senza cc	0,5521	0,0908	0,1104		0,1104	17
085	4	M	Versamento pleurico, con cc	1,7166	0,0580	0,1011		0,1011	51
086	4	M	Versamento pleurico, senza cc	1,4236	0,0949	0,1041		0,1041	48
087	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1,2636	0,0893	0,1125		0,1125	31
088	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1,1865	0,0751	0,0852		0,0852	31
089	4	M	Polmonite semplice e pleurite, eta` > 17 con cc	1,6455	0,0876	0,0998		0,0998	38

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
090	4	M	Polmonite semplice e pleurite, eta` > 17 senza cc	1,0655	0,0517	0,0805		0,0805	31
091	4	M	Polmonite semplice e pleurite, eta` < 18	0,7642	0,0925	0,1007		0,1007	17
092	4	M	Malattia polmonare interstiziale, con cc	1,8928	0,0816	0,0915		0,0915	44
093	4	M	Malattia polmonare interstiziale, senza cc	1,1656	0,0839	0,0960		0,0960	39
094	4	M	Pneumotorace, con cc	1,7044	0,0769	0,0895		0,0895	41
095	4	M	Pneumotorace, senza cc	0,8956	0,0908	0,1058		0,1058	24
096	4	M	Bronchite e asma, eta` > 17 con cc	0,9798	0,0797	0,0923		0,0923	28
097	4	M	Bronchite e asma, eta` > 17 senza cc	0,7040	0,0541	0,0818		0,0818	27
098	4	M	Bronchite e asma, eta` < 18	0,5960	0,0966	0,1050		0,1050	17
099	4	M	Segni e sintomi respiratori, con cc	1,0407	0,0449	0,0844		0,0844	41
100	4	M	Segni e sintomi respiratori, senza cc	0,6610	0,0479	0,0908		0,0908	37
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, con cc	1,2398	0,0975	0,1155		0,1155	34
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio, senza cc	0,6714	0,0930	0,1071		0,1071	25
103	5	C	Trapianto cardiaco	20,8733	0,2405	17,7423	17,7423		70
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	7,6986	0,2804	6,5438	6,5438		48
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	6,4746	0,1301	5,5034	5,5034		38
106	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	6,4902	0,2720	5,5167	5,5167		52
107	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	5,4060	0,1185	4,5951	4,5951		29
108	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	4,8314	0,1552	4,1067	4,1067		32
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc	4,2379	0,1177	3,6022	3,6022		61
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza cc	2,5838	0,0962	2,1962	2,1962		45
112	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	2,4509	0,1454	2,0833	2,0833		24
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	3,9301	0,0891	3,3406	3,3406		87
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	2,5720	0,0981	2,1862	2,1862		82
115	5	C	Impianto pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	4,3711	0,1816	3,7154	3,7154		41
116	5	C	Altri interventi per impianto di pacemaker cardiaco permanente o di defibrillatore automatico (aicd) o di generatore di i	2,8881	0,1505	2,4549	2,4549		24
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	1,8329	0,1241	1,5580	1,5580		28
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	2,4780	0,1080	2,1063	2,1063		32
119	5	C	Legatura e stripping di vene	0,7712	0,1018	0,6555	0,6555		14
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	2,5916	0,1299	2,2029	2,2029		65
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze cardiovascolari dimessi vivi	1,9478	0,0988	0,1228		0,1228	32
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi	1,5847	0,0975	0,1217		0,1217	26
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	1,4936	0,1269	0,1810		0,1810	27
124	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	1,4189	0,1501	1,2061		1,2061	37
125	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	0,7061	0,1024	0,6002		0,6002	14
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	3,1646	0,0934	0,1091		0,1091	98
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	1,2604	0,0827	0,0990		0,0990	34
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde	1,0825	0,0764	0,0878		0,0878	31
129	5	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	1,6801	0,0835	0,1376		0,1376	56
130	5	M	Malattie vascolari periferiche, con cc	1,4481	0,0889	0,1037		0,1037	48
131	5	M	Malattie vascolari periferiche, senza cc	0,8971	0,0822	0,0940		0,0940	39
132	5	M	Aterosclerosi, con cc	1,2299	0,0629	0,1035		0,1035	34
133	5	M	Aterosclerosi, senza cc	0,8436	0,0578	0,0960		0,0960	34

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
134	5	M	Iperensione	0,7757	0,0616	0,0975		0,0975	27
135	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta` > 17 con cc	1,2230	0,0887	0,1099		0,1099	34
136	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta` > 17 senza cc	0,7664	0,0874	0,0992		0,0992	35
137	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, eta` < 18	1,1179	0,1479	0,1930		0,1930	19
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con cc	1,2343	0,1155	0,1335		0,1335	31
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	0,6571	0,0870	0,1013		0,1013	25
140	5	M	Angina pectoris	0,8588	0,0878	0,1024		0,1024	24
141	5	M	Sincope e collasso, con cc	0,9252	0,0595	0,1009		0,1009	27
142	5	M	Sincope e collasso, senza cc	0,6074	0,0653	0,1095		0,1095	21
143	5	M	Dolore toracico	0,7090	0,1408	0,1589		0,1589	19
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con cc	1,5867	0,0977	0,1194		0,1194	37
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza cc	0,9171	0,0908	0,1048		0,1048	41
146	6	C	Resezione rettale, con cc	3,4742	0,0891	2,9531	2,9531		66
147	6	C	Resezione rettale, senza cc	2,4166	0,0816	2,0541	2,0541		54
148	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con cc	3,6665	0,0990	3,1165	3,1165		65
149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza cc	2,1316	0,0618	1,8119	1,8119		49
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali, con cc	2,3277	0,1013	1,9785	1,9785		41
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali, senza cc	1,2695	0,0784	1,0791	1,0791		26
152	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue, con cc	2,1602	0,0867	1,8362	1,8362		48
153	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue, senza cc	1,4303	0,0831	1,2158	1,2158		34
154	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta` > 17 con cc	4,2104	0,1123	3,5788	3,5788		67
155	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta` > 17 senza cc	2,0032	0,0773	1,7027	1,7027		48
156	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, eta` < 18	2,1441	0,0998	1,8225	1,8225		24
157	6	C	Interventi su ano e stoma, con cc	1,4541	0,0897	1,2360	1,2360		34
158	6	C	Interventi su ano e stoma, senza cc	0,7260	0,0908	0,6171	0,6171		17
159	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta` > 17 con cc	2,0347	0,0803	1,7295	1,7295		44
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	0,9818	0,0818	0,8345	0,8345		27
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta` > 17 con cc	1,1877	0,0865	1,0095	1,0095		27
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	0,7547	0,0955	0,6415	0,6415		14
163	6	C	Interventi per ernia, eta` < 18	0,5783	0,1224	0,4916	0,4916		7
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, con cc	1,8415	0,0966	1,5653	1,5653		28
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, senza cc	0,9604	0,0923	0,8163	0,8163		12
166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, con cc	1,3354	0,0940	1,1351	1,1351		22
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza cc	0,6816	0,0773	0,5794	0,5794		12
168	3	C	Interventi sulla bocca, con cc	1,3713	0,0822	1,1656	1,1656		43
169	3	C	Interventi sulla bocca, senza cc	0,8953	0,0814	0,7610	0,7610		23
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente, con cc	2,8852	0,1013	2,4524	2,4524		64
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente, senza cc	1,6059	0,0887	1,3650	1,3650		44
172	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, con cc	1,5291	0,0904	0,1125		0,1125	53
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente, senza cc	1,2333	0,0988	0,1114		0,1114	51
174	6	M	Emorragia gastrointestinale, con cc	1,4618	0,0880	0,1101		0,1101	37
175	6	M	Emorragia gastrointestinale, senza cc	0,8317	0,0801	0,0958		0,0958	27
176	6	M	Ulcera peptica complicata	1,1407	0,0893	0,1123		0,1123	31
177	6	M	Ulcera peptica non complicata, con cc	1,1952	0,0769	0,0895		0,0895	34
178	6	M	Ulcera peptica non complicata, senza cc	0,7595	0,0567	0,0928		0,0928	27
179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino	1,2364	0,0872	0,1026		0,1026	38

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
180	6	M	Occlusione gastrointestinale, con cc	1,1445	0,0891	0,1071		0,1071	34
181	6	M	Occlusione gastrointestinale, senza cc	0,6825	0,0565	0,0928		0,0928	24
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta` >17 con cc	0,9820	0,0625	0,0983		0,0983	31
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta` >17 senza cc	0,5960	0,0618	0,0949		0,0949	25
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta` < 18	0,4420	0,0998	0,1110		0,1110	11
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, eta` >17	0,6432	0,0985	0,1295		0,1295	23
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, eta` < 18	0,4836	0,1058	0,1211		0,1211	15
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	0,5573	0,1054	0,1544		0,1544	11
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta` > 17 con cc	1,2681	0,0908	0,1114		0,1114	39
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta` > 17 senza cc	0,6293	0,0893	0,1041		0,1041	21
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta` < 18	0,4989	0,1013	0,1153		0,1153	15
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc	4,8974	0,1106	4,1628	4,1628		71
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza cc	2,9974	0,0893	2,5478	2,5478		59
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con cc	3,6161	0,0968	3,0737	3,0737		62
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc	2,6351	0,0970	2,2398	2,2398		57
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, con cc	2,8673	0,0861	2,4372	2,4372		50
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	1,8603	0,0569	1,5813	1,5813		46
197	7	C	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, con cc	2,1008	0,0809	1,7857	1,7857		48
198	7	C	Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	1,1680	0,0835	0,9928	0,9928		27
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	2,6971	0,0691	2,2925	2,2925		61
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	2,5149	0,1166	2,1377	2,1377		45
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	3,1894	0,1344	2,7110	2,7110		86
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica	1,5977	0,1033	0,1327		0,1327	41
203	7	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	1,2980	0,0910	0,1138		0,1138	51
204	7	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	1,2837	0,0846	0,1007		0,1007	37
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, con cc	1,4460	0,0906	0,1134		0,1134	42
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza cc	0,8049	0,1007	0,1125		0,1125	41
207	7	M	Malattie delle vie biliari, con cc	1,3729	0,0651	0,1054		0,1054	37
208	7	M	Malattie delle vie biliari, senza cc	0,8225	0,0809	0,0953		0,0953	31
209	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	3,3182	0,0790	2,8205	2,8205		42
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta` >17 con cc	3,1712	0,0736	2,6955	2,6955		62
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta` >17 senza cc	1,8053	0,0745	1,5345	1,5345		37
212	8	C	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, eta` < 18	2,2451	0,1131	1,9083	1,9083		41
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	2,2382	0,0659	1,9025	1,9025		82
214	8	C	Interventi su dorso e collo, con cc	2,9061	0,0818	2,4702	2,4702		57
215	8	C	Interventi su dorso e collo, senza cc	1,3498	0,0620	1,1473	1,1473		34
216	8	C	Biopsie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	1,6229	0,1290	1,3795	1,3795		37
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	3,2964	0,1058	2,8019	2,8019		69
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta` >17 con cc	2,3926	0,0771	2,0337	2,0337		48
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore,	1,1586	0,0730	0,9848	0,9848		31

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
			eta` >17 senza cc						
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta` < 18	1,0586	0,0848	0,8998	0,8998		24
221	8	C	Interventi sul ginocchio con cc	1,7645	0,0799	1,4998	1,4998		42
222	8	C	Interventi sul ginocchio senza cc	1,0926	0,0760	0,9287	0,9287		21
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con cc	0,9923	0,0818	0,8435	0,8435		24
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc	0,8226	0,0779	0,6992	0,6992		21
225	8	C	Interventi sul piede	0,9268	0,0945	0,7878	0,7878		21
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con cc	1,8901	0,0842	1,6066	1,6066		42
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza cc	0,7670	0,0848	0,6520	0,6520		17
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con cc	0,8749	0,0964	0,7437	0,7437		21
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	0,6011	0,0812	0,5109	0,5109		11
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	0,9732	0,0625	0,8272	0,8272		21
231	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	0,9394	0,0958	0,7985	0,7985		17
232	8	C	Artroscopia	0,7714	0,0809	0,6557	0,6557		14
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con cc	2,9377	0,1048	2,4970	2,4970		47
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc	1,3046	0,0852	1,1089	1,1089		42
235	8	M	Fratture del femore	1,3308	0,1035	0,1192		0,1192	50
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi	1,4023	0,1091	0,1220		0,1220	51
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	0,7685	0,0855	0,1031		0,1031	33
238	8	M	Osteomielite	1,5838	0,0588	0,1134		0,1134	51
239	8	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	1,2574	0,0992	0,1207		0,1207	37
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo, con cc	1,8867	0,0719	0,1104		0,1104	47
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	1,0823	0,0593	0,1003		0,1003	50
242	8	M	Artrite settica	1,5124	0,0642	0,1254		0,1254	60
243	8	M	Affezioni mediche del dorso	0,7705	0,0547	0,1005		0,1005	31
244	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, con cc	1,2012	0,0552	0,0977		0,0977	37
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	0,7597	0,0429	0,1194		0,1194	39
246	8	M	Artropatie non specifiche	0,8318	0,0511	0,0955		0,0955	39
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	0,5863	0,0595	0,1043		0,1043	41
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite	0,6422	0,0865	0,1016		0,1016	32
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	0,4645	0,0928	0,1247		0,1247	15
250	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta` >17 con cc	0,8123	0,0681	0,1389		0,1389	25
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta` >17 senza cc	0,4174	0,0721	0,1913		0,1913	11
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta` <18	0,2823	0,0994	0,1520		0,1520	4
253	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta` >17 con cc	0,9218	0,0812	0,0970		0,0970	31
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta` >17 senza cc	0,4422	0,0601	0,1333		0,1333	15
255	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta` < 18	0,3910	0,0857	0,1494		0,1494	11
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	0,5360	0,0730	0,1159		0,1159	23
257	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne, con cc	1,8449	0,0790	1,5682	1,5682		38

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
258	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne, senza cc	1,1770	0,0827	1,0005	1,0005		29
259	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, con cc	1,7715	0,0754	1,5058	1,5058		37
260	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza cc	0,9646	0,0655	0,8199	0,8199		24
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	0,9682	0,0962	0,8230	0,8230		17
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	0,6431	0,1024	0,5466	0,5466		11
263	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con cc	2,8823	0,0494	2,4500	2,4500		97
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza cc	1,6537	0,0543	1,4056	1,4056		72
265	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con cc	1,9652	0,0880	1,6704	1,6704		43
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	0,9425	0,0683	0,8011	0,8011		23
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali	0,7626	0,0934	0,6482	0,6482		21
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	0,7721	0,0880	0,6563	0,6563		19
269	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con cc	1,6766	0,1043	1,4251	1,4251		49
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	0,6174	0,0889	0,5248	0,5248		19
271	9	M	Ulcere della pelle	1,7759	0,0756	0,0870		0,0870	61
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con cc	1,4925	0,0940	0,1155		0,1155	44
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza cc	1,0226	0,0839	0,0912		0,0912	38
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella con cc	1,6598	0,1123	0,1333		0,1333	59
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella senza cc	0,8749	0,1127	0,1110		0,1110	27
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	0,4345	0,0876	0,1089		0,1089	19
277	9	M	Cellulite eta` > 17 con cc	1,3931	0,0550	0,0955		0,0955	37
278	9	M	Cellulite eta` > 17 senza cc	0,7294	0,0543	0,0908		0,0908	28
279	9	M	Cellulite eta` < 18	0,5501	0,1026	0,1125		0,1125	14
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta`>17 con cc	0,7186	0,1112	0,1372		0,1372	25
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto subcutaneo e della mammella, eta`>17 senza cc	0,4742	0,1076	0,1346		0,1346	15
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta`<18	0,4017	0,0964	0,2095		0,2095	7
283	9	M	Malattie minori della pelle con cc	1,1187	0,0610	0,1024		0,1024	34
284	9	M	Malattie minori della pelle senza cc	0,5584	0,0874	0,0975		0,0975	27
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	3,9616	0,0541	3,3674	3,3674		104
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	2,5746	0,1074	2,1884	2,1884		38
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	2,6687	0,0702	2,2684	2,2684		69
288	10	C	Interventi per obesita`	1,2678	0,0756	1,0776	1,0776		41
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	1,5727	0,0973	1,3368	1,3368		28
290	10	C	Interventi sulla tiroide	1,0443	0,0685	0,8877	0,8877		21
291	10	C	Interventi sul dotto tireoglossso	0,5858	0,0833	0,4979	0,4979		14
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con cc	3,2099	0,1408	2,7284	2,7284		65
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza cc	1,7186	0,0535	1,4608	1,4608		43
294	10	M	Diabete eta` > 35	1,0083	0,0567	0,0932		0,0932	34
295	10	M	Diabete eta` < 36	0,6903	0,1076	0,1265		0,1265	32
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, eta` > 17 con cc	1,3154	0,0842	0,0998		0,0998	41
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, eta` > 17 senza cc	0,9353	0,0940	0,1033		0,1033	39
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, eta` < 18	0,5538	0,0844	0,1033		0,1033	15

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	0,8837	0,0960	0,1417		0,1417	27
300	10	M	Malattie endocrine, con cc	1,2962	0,0960	0,1159		0,1159	42
301	10	M	Malattie endocrine, senza cc	0,6226	0,0646	0,1159		0,1159	32
302	11	C	Trapianto renale	15,1561	0,3094	12,8827	12,8827		62
303	11	C	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia	2,9727	0,0758	2,5268	2,5268		58
304	11	C	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia maligna con cc	2,6921	0,0912	2,2883	2,2883		51
305	11	C	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia, senza cc	1,9415	0,0936	1,6503	1,6503		37
306	11	C	Prostatectomia, con cc	1,8681	0,0906	1,5879	1,5879		44
307	11	C	Prostatectomia, senza cc	1,1525	0,0751	0,9796	0,9796		28
308	11	C	Interventi minori sulla vescica, con cc	2,1869	0,1174	1,8589	1,8589		55
309	11	C	Interventi minori sulla vescica, senza cc	1,3665	0,0653	1,1615	1,1615		42
310	11	C	Interventi per via transuretrale, con cc	1,5311	0,1078	1,3014	1,3014		31
311	11	C	Interventi per via transuretrale, senza cc	0,8418	0,0670	0,7155	0,7155		21
312	11	C	Interventi sull'uretra, eta` > 17 con cc	0,9861	0,0874	0,8382	0,8382		31
313	11	C	Interventi sull'uretra, eta` > 17 senza cc	0,8447	0,0777	0,7180	0,7180		24
314	11	C	Interventi sull'uretra, eta` < 18	0,9429	0,0833	0,8015	0,8015		25
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	2,1693	0,0908	1,8439	1,8439		68
316	11	M	Insufficienza renale	1,3737	0,1050	0,1342		0,1342	46
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	0,7479	0,0709	0,1237		0,1237	41
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con cc	1,4193	0,0857	0,1039		0,1039	49
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza cc	0,9443	0,1168	0,1385		0,1385	37
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, eta` > 17 con cc	1,1472	0,0676	0,1026		0,1026	31
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, eta` > 17 senza cc	0,8488	0,0857	0,0973		0,0973	24
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, eta` < 18	0,6997	0,0702	0,1147		0,1147	23
323	11	M	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni (escl. Proc. 98.51)	0,9365	0,1026	0,1217		0,1217	17
323	11	M	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni (proc. 98.51)	0,9365	0,1026	0,7960		0,7960	17
324	11	M	Calcolosi urinaria, senza cc	0,5301	0,0771	0,0921		0,0921	17
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` > 17 con cc	1,1521	0,1074	0,1250		0,1250	27
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` > 17 senza cc	0,7369	0,0951	0,1097		0,1097	21
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` < 18	0,5594	0,1056	0,1172		0,1172	15
328	11	M	Stenosi uretrale, eta` > 17 con cc	0,9932	0,0631	0,1335		0,1335	28
329	11	M	Stenosi uretrale, eta` > 17 senza cc	0,5364	0,0517	0,1003		0,1003	25
330	11	M	Stenosi uretrale, eta` < 18	0,4218	0,0728	0,1290		0,1290	15
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta` > 17 con cc	1,2813	0,0906	0,1097		0,1097	42
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta` > 17 senza cc	0,7793	0,0906	0,1065		0,1065	33
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta` < 18	0,7126	0,1159	0,1423		0,1423	15
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con cc	2,2676	0,0876	1,9275	1,9275		43
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza cc	1,8131	0,0852	1,5411	1,5411		33
336	12	C	Prostatectomia transuretrale, con cc	1,4430	0,0760	1,2266	1,2266		35
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza cc	1,0902	0,0736	0,9267	0,9267		28
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	1,3313	0,0940	1,1316	1,1316		24
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta` > 17	0,6603	0,0794	0,5613	0,5613		11
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta` < 18	0,5962	0,1243	0,5068	0,5068		7
341	12	C	Interventi sul pene	1,2519	0,0848	1,0641	1,0641		21

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
342	12	C	Circoncisione eta` > 17	0,5543	0,1101	0,4712	0,4712		11
343	12	C	Circoncisione eta` < 18	0,3670	0,1016	0,3120	0,3120		5
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	1,8887	0,0764	1,6054	1,6054		41
345	12	C	Altri interventi sull'appar riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1,2304	0,0940	1,0458	1,0458		27
346	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, con cc	1,6212	0,1026	0,1209		0,1209	45
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile, senza cc	0,9110	0,0958	0,1101		0,1101	41
348	12	M	Ipertrofia prostatica benigna, con cc	1,0560	0,0803	0,0945		0,0945	31
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna, senza cc	0,7510	0,0807	0,0962		0,0962	29
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	0,5656	0,0921	0,1119		0,1119	17
351	12	M	Sterilizzazione maschile	0,3384	0,1398	0,1396		0,1003	4
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	0,4861	0,0801	0,1958		0,1958	15
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	2,4344	0,1069	2,0692	2,0692		38
354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con cc	2,4011	0,0554	2,0409	2,0409		57
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza cc	1,3595	0,0736	1,1556	1,1556		29
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	1,1363	0,0563	0,9659	0,9659		23
357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	2,5385	0,0794	2,1577	2,1577		45
358	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, con cc	1,4781	0,0822	1,2564	1,2564		29
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	1,0431	0,0668	0,8866	0,8866		17
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	0,7553	0,1018	0,6420	0,6420		11
361	13	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	0,6856	0,1054	0,5828	0,5828		11
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	0,4245	0,0670	0,3608	0,3608		7
363	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	0,9682	0,1116	0,8230	0,8230		17
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	0,5375	0,0979	0,4569	0,4569		7
365	13	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	1,4427	0,0769	1,2263	1,2263		43
366	13	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile, con cc	1,5296	0,1071	0,1295		0,1295	55
367	13	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile, senza cc	0,7304	0,1050	0,1172		0,1172	27
368	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	0,6267	0,0730	0,1074		0,1074	17
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	0,4209	0,1116	0,1301		0,1301	11
370	14	C	Parto cesareo con cc	1,4767	0,0801	1,2552	1,2552		22
371	14	C	Parto cesareo senza cc	1,0046	0,0704	0,8539	0,8539		13
372	14	M	Parto vaginale con diagnosi complicanti	0,9438	0,1035	0,1280		0,1280	17
373	14	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	0,6423	0,0818	0,1320		0,1320	7
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	0,8409	0,1067	0,7148	0,7148		9
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	1,3579	0,1406	1,1542	1,1542		9
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	0,5063	0,0921	0,1106		0,1106	8
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	0,8325	0,1477	0,7076	0,7076		15
378	14	M	Gravidanza ectopica	0,8030	0,0754	0,1243		0,1243	14
379	14	M	Minaccia di aborto	0,7722	0,0897	0,1198		0,1198	17
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	0,3068	0,0788	0,1441		0,1441	7
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	0,4484	0,1226	0,3811	0,3811		4
382	14	M	Falso travaglio	0,1864	0,0393	0,0730		0,1398	19
383	14	M	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	0,5392	0,0801	0,1041		0,1041	14
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	0,4490	0,0726	0,1204		0,1204	19

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	1,8537	0,1082	0,1262		0,1262	19
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	4,7568	0,0687	0,1147		0,1147	138
387	15	M	Prematurita` con affezioni maggiori	2,7140	0,0655	0,1084		0,1084	83
388	15	M	Prematurita` senza affezioni maggiori	1,4431	0,0749	0,0762		0,0762	48
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	0,7267	0,0532	0,0846		0,0846	17
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative	0,5007	0,0397	0,0672		0,0672	14
391	15	M	Neonato normale	0,2040	0,0000	0,0719		0,0719	8
392	16	C	Splenectomia, eta` > 17	2,6472	0,1213	2,2501	2,2501		32
393	16	C	Splenectomia, eta` < 18	1,8369	0,0968	1,5614	1,5614		20
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	1,4311	0,1237	1,2164	1,2164		29
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, eta` > 17	1,2462	0,0992	0,1164		0,1164	43
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, eta` < 18	0,4755	0,0945	0,1280		0,1280	11
397	16	M	Disturbi della coagulazione	1,6806	0,1402	0,1812		0,1812	37
398	16	M	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario con cc	2,2010	0,0782	0,1520		0,1520	57
399	16	M	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza cc	0,9317	0,0702	0,1174		0,1174	32
400	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	3,5527	0,1269	3,0198	3,0198		57
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con cc	3,6325	0,1131	3,0876	3,0876		78
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza cc	1,4536	0,0620	1,2356	1,2356		45
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con cc	2,8459	0,1271	0,1542		0,1542	60
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza cc	1,2065	0,0981	0,1129		0,1129	46
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, eta` < 18	2,4757	0,2261	0,2894		0,2894	19
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con cc	3,6919	0,1011	3,1381	3,1381		75
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza cc	2,0341	0,0713	1,7290	1,7290		51
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	1,8192	0,1250	1,5463	1,5463		33
409	17	M	Radioterapia	1,3011	0,1125	0,1509		0,1509	24
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0,5230	0,1134	0,1434		0,1434	11
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	0,4994	0,0687	0,1114		0,1114	23
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	0,4621	0,1058	0,1454		0,1454	19
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, con cc	2,1170	0,0943	0,1093		0,1093	65
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate, senza cc	1,2143	0,0651	0,1162		0,1162	50
415	18	C	Interventi chirurgici per malattie infettive e parassitarie	2,8018	0,1108	2,3815	2,3815		43
416	18	M	Setticemia, eta` > 17	2,0638	0,0878	0,1082		0,1082	51
417	18	M	Setticemia, eta` < 18	1,0583	0,1016	0,1119		0,1119	24
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	1,1122	0,0938	0,1074		0,1074	31
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, eta` > 17 con cc	1,1912	0,0715	0,1162		0,1162	34
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, eta` > 17 senza cc	0,8077	0,0618	0,1054		0,1054	28
421	18	M	Malattie di origine virale, eta` > 17	0,8776	0,0749	0,1095		0,1095	21
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, eta` < 18	0,5875	0,1026	0,1147		0,1147	14
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	1,3264	0,1052	0,1370		0,1370	28
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	3,0597	0,0917	2,6007	2,6007		49
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	0,7709	0,1005	0,1153		0,1153	33
426	19	M	Nevrosi depressive	0,8815	0,0824	0,0876		0,0876	44
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	0,7649	0,0887	0,0943		0,0943	43

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	l.
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
428	19	M	Disturbi della personalita` e del controllo degli impulsi	0,9445	0,0782	0,0839		0,0839	51
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	1,1983	0,0614	0,0921		0,0921	53
430	19	M	Psicosi	1,2252	0,0749	0,0792		0,0792	63
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	0,6223	0,0648	0,0951		0,0951	27
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	0,8293	0,0732	0,0988		0,0988	25
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	0,3064	0,1172	0,1271		0,1271	4
434	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci, disintossicazione o altro trattamento sintomatico con cc	0,9203	0,0797	0,0874		0,0874	31
435	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci, disintossicazione o altro trattamento sintomatico senza cc	0,6404	0,0799	0,0837		0,0837	41
436	20	M	Dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa	0,9090	0,0344	-		0,0000	51
437	20	M	Dipendenza da alcool/farmaci, terapia riabilitativa e disintossicante combinate	1,0648	0,0374	-		0,0000	57
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	1,5191	0,0891	1,2912	1,2912		50
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	2,0643	0,1488	1,7547	1,7547		47
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	0,7251	0,0878	0,6163	0,6163		19
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo, con cc	2,7151	0,0874	2,3078	2,3078		78
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza cc	1,5398	0,1168	1,3088	1,3088		43
444	21	M	Traumatismi, eta` > 17, con cc	1,0112	0,0848	0,0994		0,0994	28
445	21	M	Traumatismi, eta` > 17, senza cc	0,4854	0,0831	0,0988		0,0988	23
446	21	M	Traumatismi, eta` < 18	0,3855	0,1144	0,1376		0,1376	7
447	21	M	Reazioni allergiche, eta` > 17	0,4911	0,1061	0,1256		0,1256	19
448	21	M	Reazioni allergiche, eta` < 18	0,3395	0,1076	0,1168		0,1168	7
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, eta` > 17 con cc	0,9198	0,0998	0,1220		0,1220	29
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, eta` > 17 senza cc	0,4179	0,1022	0,1265		0,1265	11
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, eta` < 18	0,2833	0,1089	0,1456		0,1456	4
452	21	M	Complicazioni di trattamenti, con cc	0,8787	0,0782	0,1327		0,1327	46
453	21	M	Complicazioni di trattamenti, senza cc	0,6355	0,0693	0,0977		0,0977	29
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, con cc	1,1046	0,0590	0,1462		0,1462	41
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, senza cc	0,5788	0,1125	0,1355		0,1355	23
456	22	M	Ustioni, paziente trasferito ad altra struttura di assistenza per acuti	1,8503	0,1039	0,1844		0,1844	32
457	22	M	Ustioni estese senza intervento chirurgico	1,8376	0,1041	0,1303		0,1303	50
458	22	C	Ustioni non estese con trapianto di pelle	4,2988	0,1194	3,6540	3,6540		81
459	22	C	Ustioni non estese con sbrigliamento di ferite e altro intervento chirurgico	1,8075	0,0814	1,5364	1,5364		48
460	22	M	Ustioni non estese senza intervento chirurgico	0,9548	0,0674	0,1110		0,1110	31
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	1,0863	0,0889	0,9234	0,9234		29
462	23	M	Riabilitazione	0,7933	0,0380	0,0988		0,0988	45
463	23	M	Segni e sintomi con cc	1,2405	0,0571	0,0906		0,0906	42
464	23	M	Segni e sintomi senza cc	0,6051	0,0618	0,1123		0,1123	32
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	0,2962	0,0833	0,0835		0,0835	19
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	0,4567	0,0724	0,1247		0,1247	7
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,4510	0,0605	0,1142		0,1142	11
468	00	C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	2,3079	0,1151	1,9617	1,9617		39
469	00	M	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	0,1574	0,0331	0,0730		0,1286	15
470	00	M	Non attribuibile ad altro drg	0,1866	0,0195	0,0730		0,1046	33
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	5,8909	0,0893	5,0073	5,0073		101

a.	b.	c.	d.	Peso per					GG
				e.	f.	g.	h.	i.	
DRG	MDC	TIPO	Denominazione	RO	GG oltre soglia	Ricoveri 1 giorno	Ricoveri diurni "C"/Day surgery	Ricoveri diurni "M"	val soglia
472	22	C	Ustioni estese con intervento chirurgico	13,0333	0,1250	11,0783	11,0783		233
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17	6,8215	0,2390	0,3326		0,3326	102
475	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita	3,8377	0,1408	0,1965		0,1965	64
476	00	C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	1,8644	0,0975	1,5847	1,5847		37
477	00	C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	1,1823	0,0797	1,0050	1,0050		29
478	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, con cc	2,4013	0,0938	2,0411	2,0411		62
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza cc	1,5725	0,0839	1,3366	1,3366		45
480	00	C	Trapianto di fegato	25,1434	0,3532	21,3719	21,3719		88
481	00	C	Trapianto di midollo osseo	16,3237	0,4270	13,8751	13,8751		106
482	00	C	Tracheostomia per disturbi orali, laringei o faringei	4,4929	0,0925	3,8190	3,8190		72
483	00	C	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	17,0099	0,2031	14,4584	14,4584		132
484	24	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	7,3397	0,1992	6,2387	6,2387		91
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	5,5120	0,1299	4,6852	4,6852		57
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	4,9257	0,1404	4,1868	4,1868		61
487	24	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	2,2097	0,1385	0,1900		0,1900	35
488	25	C	H.i.v. associato ad intervento chirurgico esteso	4,6242	0,0820	3,9306	3,9306		110
489	25	M	H.i.v. associato ad altre patologie maggiori correlate	2,3143	0,0730	0,1177		0,1177	109
490	25	M	H.i.v. associato o non ad altre patologie correlate	1,3147	0,0835	0,1222		0,1222	56
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	2,0954	0,0739	1,7811	1,7811		47
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1,5620	0,0970	0,2366		0,2366	15
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune, con cc	2,1008	0,0809	1,7857	1,7857		48
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc	1,1680	0,0835	0,9928	0,9928		27
495	04	C	Trapianto di polmone	20,8733	0,2405	17,7423	17,7423		70

Trapianto di intestino

Patologia	Peso
Trapianto di intestino isolato	56,2766 pesi per ricovero
Trapianto multiviscerale	82,5391 pesi per ricovero
Autotrapianto di intestino	25,3245 pesi per ricovero

Specialità erogante	Peso
Reparto Grandi ustionati adulti (codice 47), ricovero ordinario	0,6516 pesi per giornata di degenza

D.6. Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di degenza ordinaria

D.6.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

La riabilitazione ospedaliera in forma di degenza ordinaria può essere svolta in una delle seguenti specialità: 56-RRF, 75-Gravi cerebrolesioni acquisite (neuroriabilitazione), 28-Unità spinale.

I trasferimenti interni del paziente da una unità operativa all'altra della stessa struttura ospedaliera non devono comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Infatti al momento del ricovero viene aperta la cartella clinica con relativa scheda di dimissione ospedaliera che verrà chiusa all'atto di dimissione.

Tale procedura trova però delle eccezioni, che prevedono la chiusura della scheda di dimissione nell'ambito di un trasferimento interno.

Attualmente la dimissione avviene, sia negli Istituti pubblici che nelle Strutture private provvisoriamente accreditate, quando si effettua il trasferimento del paziente all'interno di una stessa struttura ospedaliera da un episodio acuto ad un ricovero in riabilitazione (codici 28, 56, 75). Le modalità di comportamento sono state indicate nella D.G.R. n. 44-22844 del 27.10.1997, relativa alla determinazione delle tariffe ospedaliere e riconsiderate nel presente documento.

La stessa procedura viene inoltre applicata nel caso di eventuali trasferimenti da lungodegenza (codice 60) a riabilitazione (codice 28, 56, 75).

In questi casi i campi "modalità di dimissione" e "provenienza assistito" devono essere riempiti con codici specifici che sono indicati nel documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato.

Tali modalità di comportamento sono peraltro supportate dal Decreto Ministeriale 27.10.2000 n. 380 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati" che prevede nell'ambito di ogni Regione la possibilità di stabilire che il passaggio da un ricovero acuto ad un ricovero in post acuzie avvenga mediante la chiusura della SDO dell'episodio acuto con contemporanea apertura di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO per l'episodio di post-acuzie.

Nel caso in cui si dovesse verificare un eventuale nuovo ricovero in acuzie si dovranno comunque seguire le procedure testè indicate.

Si riportano di seguito le indicazioni della DGR 27 ottobre 1997, n. 44-22844:

“

- *la descrizione e la classificazione della prestazione avvengono grazie ai dati introdotti all'atto della dimissione nella voce "Diagnosi Principale" della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), e quindi frequentemente, in ricoveri riabilitativi direttamente connessi ad un evento acuto, viene persa traccia delle prestazioni fornite da altri reparti della stessa struttura ospedaliera o di altre che hanno trasferito il paziente in un reparto di Riabilitazione ;*

- qualora, al contrario, il medico che dimette il paziente voglia privilegiare la descrizione della patologia acuta, i cui postumi necessitano di un trattamento riabilitativo, verrebbe a perdersi la descrizione dell'iter terapeutico riabilitativo.

*Il sistema di Classificazione della patologia ospedaliera Diagnosis Related Groups risulta infatti mutuamente esclusivo nell'attribuzione del DRG qualora si utilizzi per la diagnosi principale un codice di patologia o un codice V57.0-V57.9 che porterà sempre all'attribuzione del **DRG 462** ;*

- le considerazioni sopra riportate, oltre ad un deficitaria descrizione delle prestazioni erogate, conducono ad un rimborso tariffario che risulta insufficiente a rifondere l'assorbimento di risorse che le strutture eroganti hanno dovuto sostenere per garantire la specificità dell'attività.

Appare invece corretto classificare i ricoveri non in diretta connessione con l'evento scatenante secondo le regole tipiche consigliate per la descrizione dell'iter terapeutico di riabilitazione e recupero funzionale, utilizzando i codici V57.0-V57.9 che porteranno all'attribuzione del DRG 462.

- *é necessario distinguere l'assorbimento di risorse che i reparti di Recupero Rieducazione Funzionale erogano nei confronti di pazienti che sono stati direttamente trasferiti da reparti per acuti.*

In questi casi molto spesso la patologia di base non risulta completamente stabilizzata così che le necessità diagnostico-terapeutiche ed assistenziali risultano maggiori rispetto ai ricoveri elettivi di riabilitazione effettuati in periodi successivi ed intercalati al ritorno del Paziente presso il domicilio o presso strutture socio-assistenziali protette.

- *conseguentemente a quanto espresso nel punto precedente risulta necessario che la classificazione degli eventi di ricovero in diretta connessione con l'evento lesivo scatenante venga effettuata descrivendo nella Diagnosi Principale quest'ultima patologia e le eventuali patologie concorrenti o concomitanti.*

Nella voce "Altri interventi e Procedure" della SDO andranno descritti gli interventi riabilitativi effettuati utilizzando non più i codici V57.0-V57.9 (codici di diagnosi) ma i codici corrispondenti della classificazione ICD.9.CM utilizzati in tutte le strutture ospedaliere per interventi e procedure.

Questa scelta organizzativa dell'iter informativo porterà altresì il vantaggio di poter meglio descrivere la patologia trattata nei reparti, che altrimenti verrebbe tutta inglobata nel DRG 462, e permetterà di retribuire le prestazioni a seconda della patologia trattata, sempre però mantenendo la logica del rimborso per giornata di degenza.

- *tutti i ricoveri successivi al ricovero connesso all'evento acuto dovranno essere classificati secondo i criteri prima descritti utilizzando i codici V57.0-V57.9 per la diagnosi principale ed codici ICD.9.CM per le procedure.*
- *la remunerazione tariffaria del DRG 462 non risulta congrua con l'assorbimento di risorse che viene effettivamente a gravare sulle strutture eroganti prestazioni riabilitative di elezione.*

Le considerazioni espresse hanno condotto il Gruppo di lavoro regionale ad ipotizzare, tenendo conto altresì delle indicazioni provenienti da qualificati operatori della branca specialistica interessata, la seguente soluzione organizzativa:

- I pazienti trattati in divisioni o reparti per acuti (Es.: Medicine generali, Neurologie, Neurochirurgie, Ortopedie, Rianimazioni, ecc.) ed indirizzati ad un reparto di Riabilitazione (Codice reparto 28, 56 o 75) dovranno essere **dimessi** e descritti secondo le comuni e correnti regole per la compilazione della SDO; verrà così ad essere attribuito un DRG che descrive la prestazione erogata in regime di Acuzie.
- Alla struttura sarà quindi erogato un rimborso tariffario complessivo per prestazione analogo alla casistica che non richiede un ricovero in reparto di riabilitazione.
- Per facilitare il controllo regionale e contabile e per distinguere questi ricoveri dai ricoveri ripetuti dovrà essere indicata quale modalità di dimissione il codice 7 o 8 e cioè "Trasferito".
- Il reparto di Unità spinale (28), di Recupero e Rieducazione Funzionale (56) o di Unità gravi cerebrolesioni acquisite (75) che accetta il paziente dovrà aprire una nuova cartella clinica e quindi attivare una nuova SDO su cui si dovrà avere l'accortezza di utilizzare quale provenienza dell'assistito il n° 4 (trasf. da pubblico) o il n° 5 (trasf da privato) o il n° 7 (trasf da altro regime di ricovero) e come tipo di ricovero il n° 1 (programmato).
- All'atto della dimissione dovrà essere descritta come patologia principale quella che ha scatenato le necessità riabilitative e causato il ricovero presso il reparto per acuti che ha trasferito il paziente.
- Tale procedura porterà all'attribuzione di un DRG per acuti che, ricondotto alla Major Diagnostic Categorie (MDC) corrispondente, permetterà un **rimborso tariffario per giornata di degenza diversificato** per evento patologico trattato a livello riabilitativo.
- Qualora il reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale o l'Unità spinale o l'Unità gravi cerebrolesioni acquisite, a causa di una riacutizzazione o di una sopravvenuta complicanza, debba trasferire il paziente in un reparto per acuti, **il ricovero dovrà essere chiuso e dovrà essere aperta una nuova SDO per l'episodio di ricovero in acuzie.**
- Se il paziente è stato prima ricoverato in un reparto di Lungodegenza (codice 60) valgono le regole testé esplicitate che prevedono la dimissione del paziente e il ricovero in un reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale.
- Nel caso il paziente venga trasferito in un reparto di Recupero e Rieducazione Funzionale più vicino al domicilio quest'ultimo è autorizzato ad utilizzare le regole sopra descritte qualora non vi sia soluzione di continuità tra i ricoveri (Reparto acuti⇒Riabilitazione⇒Riabilitazione).
- In tutti i casi di **ricovero elettivo in riabilitazione**, caratterizzati da interruzione dell'iter terapeutico per dimissione a domicilio o protetta e stabilizzazione delle condizioni patologiche del paziente, dovrà essere descritta come diagnosi principale del paziente l'iter terapeutico riabilitativo descritto con i codici V57.0-V57.9 che porterà all'attribuzione del DRG 462.

Qualsiasi altra attribuzione verrà ricondotta a livello regionale a tale DRG.

D.6.b. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione dirigenziale dell'Assessorato alla sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.6.c. I pesi e le regole di applicazione

Per le strutture eroganti attività di **secondo livello** il consumo di risorse atteso per giornata di degenza varia dalla patologia trattata, espressa per MDC, come segue:

Specialità erogante	Patologia	Peso
Specialità di RRF (codice 56), ricovero ordinario;	MDC 1 Sistema nervoso	0,1134 pesi per giornata di degenza
	MDC 4 App. respiratorio	0,0999 pesi per giornata di degenza
	MDC 5 App. cardiocirc.	0,1086 pesi per giornata di degenza
	MDC 8 App. muscoloschel.	0,1026 pesi per giornata di degenza
	Altre MDC	0,0874 pesi per giornata di degenza

Per evidenziare il fabbisogno di un rapido ed intensivo intervento su questo tipo di pazienti e per scoraggiare i prolungamenti dei ricoveri, si determina un abbattimento del 40% oltre un valore soglia differenziato per MDC nel modo seguente:

MDC	Descrizione	GG di valore soglia
1	Sistema nervoso	60
4	Apparato respiratorio	30
5	Apparato cardiocircolatorio	30
8	Apparato muscoloscheletrico	40
	Altre MDC	30

Per quanto riguarda le attività di riabilitazione di alta specialità o **di terzo livello** (codificato come specialità 28 - Unità spinale e come specialità 75 - Unità gravi cerebrolesioni acquisite), il fabbisogno di risorse è maggiore ed il calcolo del costo per giornata risulta pertanto più alto.

In questo contesto è necessario richiamare la definizione della specialità 75:

"L'unità per le gravi cerebrolesioni acquisite è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura), caratterizzata nella loro evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi o terapeutici non erogabili in regime ambulatoriale o attraverso il ricovero in strutture di II livello."

Il consumo di risorse giornaliero previsto risulta come segue:

Specialità erogante	Patologia	Peso
Unità gravi cerebrolesioni acquisite (codice 75), ricovero ordinario	MDC 1 Sistema nervoso	0,1484 pesi per giornata di degenza

Per questi tipi di ricovero non si applicano i meccanismi di un abbattimento oltre il valore soglia in quanto considerati ricoveri di alta specialità.

I DRG utilizzati dalle specialità codice 75 dovrebbero principalmente essere i seguenti

Cod.	Descrizione
023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica
027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora
028	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 con cc
029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 senza cc
030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18

Nel caso di DRG e di MDC diversi da quanto sopra, la Regione si riserva la facoltà di effettuare controlli dettagliati con la possibilità di annullare l'effetto economico delle prestazioni erogate. Nell'analisi suddetta non è stato tenuto in considerazione il fabbisogno di personale per il servizio intraospedaliero di Recupero e Rieducazione Funzionale, rivolta ai Reparti per acuti in quanto il relativo costo dovrà essere sostenuto dai reparti fruitori. Un'eventuale attività di specialistica ambulatoriale è in modo analogo esclusa dall'analisi.

Il consumo di risorse previsto risulta come segue:

Specialità erogante	Peso
Unità spinale (codice 28), ricovero ordinario	0,1736 pesi per giornata di degenza

Per questi tipi di ricovero non si applicano i meccanismi di abbattimento oltre il valore soglia in quanto considerati ricoveri di alta specialità.

D.7. Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero diurno

D.7.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

Si conferma l'utilizzo del MDC come nomenclatore.

D.7.b. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione dirigenziale dell'Assessorato alla sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.7.c. I pesi e le regole di applicazione

Per le strutture eroganti attività di **secondo livello** il consumo di risorse atteso per giornata di degenza varia dalla patologia trattata, espressa per MDC, come segue:

Specialità erogante	Patologia	Peso
RRF (codice 56), ricovero diurno	MDC 1 Sistema nervoso	0,0737 pesi per giornata di degenza
	MDC 4 App. respiratorio	0,0650 pesi per giornata di degenza
	MDC 5 App. cardiocirc.	0,0706 pesi per giornata di degenza
	MDC 8 App. muscoloschel.	0,0668 pesi per giornata di degenza

	Altre MDC	0,0569 pesi per giornata di degenza
--	-----------	-------------------------------------

Per le strutture eroganti attività di **terzo livello** le tariffe per giornata di riabilitazione in day hospital risultano le seguenti:

Specialità erogante	Patologia	Peso
Gravi cerebrolesioni acquisite (codice 75), ricovero diurno	MDC 1 Sistema nervoso	0,0964 pesi per giornata di degenza
Unità spinale (codice 28), ricovero diurno	-	0,1128 pesi per giornata di degenza

D.8. Prestazioni di lungodegenza post-acuzie ospedaliera erogate in regime di degenza ordinaria

D.8.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

Una struttura di lungodegenza post-acuzie (codice 60) viene confermata come: “struttura atta a offrire assistenza sanitaria e riabilitativa non intensiva a soggetti provenienti dalle differenti discipline specialistiche presenti in ospedale e affetti da polipatologie e da problemi clinico-assistenziali non stabilizzati, che richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un nursing infermieristico non erogabile a livello extraospedaliero. E’ indispensabile il collegamento operativo di tipo dipartimentale con l’unità operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale.”

I trasferimenti interni del paziente da una unità operativa all’altra della stessa struttura ospedaliera non devono comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Infatti al momento del ricovero viene aperta la cartella clinica con relativa scheda di dimissione ospedaliera che verrà chiusa all’atto di dimissione.

Tale procedura trova però delle eccezioni, che prevedono la chiusura della scheda di dimissione nell’ambito di un trasferimento interno.

Attualmente la dimissione avviene, sia negli Istituti pubblici che nelle Strutture private provvisoriamente accreditate, quando si effettua il trasferimento del paziente all’interno di una stessa struttura ospedaliera da un episodio acuto ad un ricovero in lungodegenza (codice 60).

Tali modalità di comportamento sono peraltro supportate dal Decreto Ministeriale 27.10.2000 n. 380 “Regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati” che prevede nell’ambito di ogni Regione la possibilità di stabilire che il passaggio da un ricovero acuto ad un ricovero in post acuzie avvenga mediante la chiusura della SDO dell’episodio acuto con contemporanea apertura di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO per l’episodio di post-acuzie.

La stessa procedura viene inoltre applicata nel caso di eventuali trasferimenti da lungodegenza (codice 60) a riabilitazione (codice 28, 56, 75) e viceversa.

I campi modalità di dimissione e provenienza assistito devono essere riempiti con codici specifici che sono indicati nel documento “Flusso informativo ricoveri ospedalieri –

Sistema dei controlli e della tariffazione”, approvato con Determinazione n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato.

Nel caso in cui si dovesse verificare un eventuale nuovo ricovero in acuzie si dovranno comunque seguire le procedure testè indicate.

Le prestazioni sono quantificate con un unico peso per giornata di degenza.

D.8.b. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento “Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione”, approvato con Determinazione dirigenziale dell’Assessorato alla sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.8.c. I pesi e le regole di applicazione

Il consumo di risorse previsto per l’assistenza risulta come segue:

Specialità erogante	Peso
Unità di lungodegenza post-acuzie (codice 60), ricovero ordinario	0,0598 pesi per giornata di degenza

Nel caso di ricoveri prolungati, si presume un consumo di risorse minore per le giornate oltre un valore soglia, indicato di seguito e quantificabile in un abbattimento del 40% del peso per le giornate oltre il valore soglia.

Descrizione	GG di valore soglia
Lungodegenza post-acuzie	60

D.9. Endoprotesi

D.9.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

Preso atto che per protesi è da intendersi un presidio medico chirurgico di origine biologica o artificiale, deputato alla sostituzione di un distretto anatomico, si trascrive qui di seguito l’elenco del materiale protesico di cui si riconosce la parziale copertura del costo netto effettivamente sostenuto, inclusi i pace maker deputati invece al supporto di una funzione fisiologica. **Si deve registrare una unica voce per ogni protesi utilizzata e non le parti che compongono la protesi.**

Resta inteso che il materiale non compreso in detto elenco non potrà essere rimborsato.

Codice	Tipologia
010	Protesi d’anca (inclusi tutti i componenti dell’impianto)
015	Protesi del ginocchio (inclusi tutti i componenti dell’impianto)
020	Protesi di spalla (inclusi tutti i componenti dell’impianto)
025	Protesi di caviglia (inclusi tutti i componenti dell’impianto)

030	Protesi vertebrale (inclusi tutti i componenti dell'impianto)
035	Artrodesi vertebrale (inclusi tutti i componenti dell'impianto)
040	Pace maker (incluso sostituzione solo elettrodi)
050	Protesi valvolari cardiache
060	Protesi tubolare endocoronarica (stent)
080	Lenti endoculari o cristallino artificiale
090	Defibrillatori
100	Protesi mammarie (escluso espansore)
110	Protesi urologiche
120	Protesi testicolari
130	Protesi vascolari
140	Protesi esofagee – gastriche
150	Protesi peniene
160	Protesi biliari
170	Protesi pancreatiche
180	Protesi auricolari
190	Protesi fonatoria
200	Protesi cocleari
210	Protesi anale
220	Stimolatore cerebrale
230	Elettrostimolatore neuro-urologico
240	Elettrostimolatore midollare
250	Pompa per infusione intratecale

D.9.b. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record del file SDO (documento "Flusso informativo ricoveri ospedalieri – Sistema dei controlli e della tariffazione", approvato con Determinazione dirigenziale dell'Assessorato alla sanità n. 191 del 26.06.2000 e successivamente modificato ed integrato).

D.9.c. I pesi e le regole di applicazione

Si conferma quanto disposto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 70-1459 del 18.09.1995 in merito al rimborso delle endoprotesi. Il costo netto effettivo continua ad essere sostenuto dalla struttura erogante, con un rimborso che è il 50 % del costo netto effettivo sostenuto. Per i ricoveri in regime di libera professione, il valore dell'endoprotesi applicata, già abbattuto del 50%, viene calcolato in riferimento alla percentuale di riconoscimento per detti ricoveri.

E' possibile, per le strutture pubbliche, effettuare una verifica regionale di coerenza tra il consumo rilevato sulle schede nosologiche e il consumo contabile evidenziato sul conto materiali protesici (3 10 01 12) al netto delle variazioni di magazzino (esistenza iniziale conto 3 10 15 12 e esistenza finale conto 4 55 01 12) e dei resi (conto 4 80 01 12).

D.10. Prestazioni specialistiche erogate per singolo accesso in PS/DEA cui non segue ricovero

D.10.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

Il nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è quello approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 60-4354 del 5/11/2001 (importi in euro).

D.10.b. Gli strumenti di rilevazione

Tracciato record file C2 (comunicazione assessorato alla sanità del 10 dicembre 2001 prot. n. 15287/D028/28.5 e successive modifiche e integrazioni).

D.10.c. Le tariffe e le regole di applicazione

Rispetto alla situazione precedente si applica il 100 % della relativa tariffa ambulatoriale.

D.11. Prestazioni di emergenza per non residenti in Piemonte

D.11.a. Il nomenclatore e le regole di applicazione

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

Il nomenclatore regionale relativo all'emergenza e le tariffe relative da addebitare per i non residenti in Piemonte, arrotondate all'unità di Euro, sono:

Struttura erogante	Tariffa
Elisoccorso attraverso il servizio 118	Euro 1.911,00 per intervento anche se seguito da ricovero
Autoambulanza attraverso il servizio 118	Euro 141,00 per intervento anche se seguito da ricovero

D.12. Riconoscimento per la gestione dell'attività di Pronto Soccorso dei Presidi sede di DEA.

Sulla base di una classifica dei presidi delle aziende, si potrà determinare un finanziamento specifico all'azienda per la funzione all'interno del sistema d'emergenza, in aggiunta alle prestazioni specialistiche erogate (Sezione D.10).

Si terrà conto, nel successivo atto, del volume di attività, della reale organizzazione dei servizi di urgenza ed emergenza, con i costi specifici del sistema, maturati anche a seguito degli adempimenti al PSR vigente, e con i costi a seguito dei ricoveri in urgenza, che ricadono sulla intera organizzazione ospedaliera.

Nel periodo transitorio la funzione sarà valorizzata a budget, sulla base dei costi medi.