

Deliberazione della Giunta Regionale 2 luglio 2013, n. 14-6039

Determinazione delle tariffe per attività di ricovero erogate dagli istituti pubblici, dai Presidi classificati, dagli IRCCS e dalle case di cura accreditate ai sensi dell'art. 15 del D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012. Revoca delle DDGR n. 34-251 del 19.6.2000 e n. 57-644 del 31.7.2000.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Considerato che il D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012 stabilisce all'art. 15 che le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui al comma 180 dell'art 1 Legge 30 dicembre 2004 n. 311 (cd. Piano di rientro) devono adeguare il proprio sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere in modo che le tariffe non eccedano i valori massimi che sono definite da apposito Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome e considerato altresì che tali tariffe sono poi state effettivamente determinate col D.M. del 18.10.2012, la Regione Piemonte deve adottare i necessari provvedimenti al riguardo.

Per quanto riguarda il sistema tariffario delle attività di ricovero tale adeguamento dovrà tenere conto degli indirizzi espressi nello stesso D.M. agli articoli 4 e 5 ed in particolare dei principi di efficienza e di appropriatezza ivi richiamati.

E' opportuno ricordare che il sistema tariffario regionale per la remunerazione delle attività di ricovero è stato profondamente modificato con la D.G.R. n. 44-2139 del 7.2.2006 a seguito dell'aggiornamento del sistema di classificazione ICD-9-CM 2002 per la codifica delle diagnosi e degli interventi per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e dell'introduzione della versione 19esima del sistema di classificazione Diagnosis Related Groups che ha raggruppato in un sistema organico le regole fondamentali vigenti.

Tale deliberazione ha subito successivi aggiornamenti ed integrazioni dovuti in particolare alle modificazioni del sistema di attribuzione dei DRG della versione 24esima e del sistema di codificazione ICD9CM nella versione 2007 in applicazione del D.M. 18.12.2008 di cui alla D.G.R. n. 59-11816 del 20 luglio 2009.

Inoltre sulla materia sono intervenuti altri provvedimenti anche in applicazione degli accordi stipulati tra la Regione e le rappresentanze delle Case di cura riguardo la regolazione di alcuni aspetti concernenti in particolare l'attività di postacuzie.

In questi anni l'attività di verifica della corretta codificazione delle SDO secondo il sistema ICD9CM nella versione 2007 ha fatto emergere alcune problematiche connesse alla coerenza del sistema di tariffazione in corso con l'aggiornamento delle tecniche e metodiche chirurgiche e degli aggiornamenti in campo terapeutico con lo sviluppo in particolare dell'utilizzazione di nuovi presidi quali endoprotesi e apparecchi per elettrostimolazione e la necessità quindi di aggiornare alcune modalità di riconoscimento tariffario, peraltro già introdotte dalle Regioni attraverso l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria.

Inoltre per quanto riguarda la tariffazione dei ricoveri di postacuzie è necessario, anche in relazione ai provvedimenti regionali in materia di appropriatezza di tali attività, aggiornare in particolare il sistema degli abbattimenti tariffari conseguenti alla eccessiva durata delle degenze con particolare riferimento a quelle delle discipline di recupero e riabilitazione funzionale e di lungodegenza. A

questo proposito si rende necessario rendere coerenti agli aspetti di riconoscimento tariffario gli indirizzi circa l'appropriatezza dell'attività di postacuzie approvati in particolare con le D.G.R. n. 12-1665 del 7.3.2011 e D.G.R. n. 13-1439 del 28.1.2011 e pertanto si rende necessario revocare le DD.G.R. n. 34-251 del 19/06/2000 e n. 57-644 del 31/07/2000.

Nello stesso citato D.M. 18.10.2012 vengono individuati tra i criteri da utilizzarsi per un corretto riconoscimento tariffario anche la tipologia di struttura e le sue caratteristiche di accreditamento. Tali criteri sono già presenti nell'attuale sistema e occorre aggiornarli alla luce dello stato dei processi di accreditamento attuati nelle strutture di ricovero della Regione e delle nuove disposizioni inerenti l'organizzazione della rete ospedaliera in particolare descritte nel citato addendum al piano di rientro, nel Piano Socio sanitario regionale e da ultimo nella D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013.

Si rende necessario inoltre confermare l'obbligo da parte delle Aziende Sanitarie, anche attraverso le proprie strutture di vigilanza, di non riconoscere alle Case di Cura, agli IRCCS e ai presidi classificati la remunerazione complessiva o parziale delle singole prestazioni di ricovero quando risultino non appropriate alla luce della disciplina vigente, o siano state esercitate senza la documentazione autorizzativa necessaria, o in contrasto con disciplina statale e regionale, o con gravi carenze in ordine alla corretta gestione delle attività e della relativa documentazione clinica. Nel caso di attività svolta in modo inappropriato dal punto di vista organizzativo soprattutto nella scelta del regime assistenziale o della durata delle degenza è possibile provvedere alla riconduzione dei valori tariffari derivanti da una corretta scelta del tipo di assistenza erogata.

Analogamente, attraverso le proprie attività di controllo e ispettive, la Regione potrà agire nei confronti delle strutture pubbliche o allorquando si evidenziassero carenze nell'attività di controllo da parte delle ASL, anche nei confronti delle strutture private, dei presidi classificati e degli IRCCS.

Con successivi atti la Direzione Sanità potrà disciplinare tecnicamente nel dettaglio la materia.

Pertanto alla luce delle considerazioni fin qui esposte,

visti:

il D.L. 6.7.2012 n. 95 convertito nella Legge 135 del 7.8.2012;
la D.G.R. n. 12-1665 del 7.3.2011;
la D.G.R. n. 13-1439 del 28.1.2011;
la D.G.R. n. 44-2139 del 7.2.2006;
la D.G.R. n. 10-5605 del 2.4.2007;
la D.G.R. n. 59-11816 del 20.07.2009;
la D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013;
Il D.M. 18.12.2008;

la Giunta Regionale, unanime,

delibera

di approvare l'aggiornamento del sistema tariffario per le attività di ricovero ospedaliero a partire dal 1.7.2013 secondo quanto previsto nell'allegato 1 e relative tabelle che fanno parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di revocare le DD.G.R. n. 34-251 del 19-6-2000 e n. 57-644 del 31-7-2000;

di confermare che le Aziende Sanitarie, anche attraverso le loro strutture di vigilanza, devono non riconoscere alle Case di Cura, agli IRCCS e ai presidi classificati la remunerazione parziale o complessiva delle singole prestazioni di ricovero quando non risultino appropriate alla luce della disciplina vigente, o siano esercitate senza la documentazione autorizzativa necessaria, o in contrasto con disciplina statale e regionale, o con gravi carenze in ordine alla corretta gestione delle attività e della relativa documentazione clinica;

di incaricare la Direzione Sanità di predisporre i necessari atti per l'attuazione del presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Sistema di remunerazione delle attività ospedaliere in coerenza il sistema tariffario di cui al D.M. 18.10.2012 per le diverse tipologie di prestazioni erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi classificati e dalle Strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale

Premessa

In considerazione dell'evoluzione delle norme in materia ed in particolare delle modalità di definizione dei sistemi tariffari sia a livello ministeriale che nei rapporti tra Regioni per la gestione della mobilità interregionale, viene abrogato il sistema dei pesi per la determinazione delle tariffe come finora utilizzato, allineando così il sistema a quelli vigenti.

Pertanto il sistema tariffario prende a riferimento le tariffe massime di cui al D.M. 18.10.2012 e i principi ivi richiamati in particolare agli artt. 4 e 5.

Inoltre si tiene conto anche dell'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per quanto attiene il riferimento del riconoscimento tariffario di importi aggiuntivi rispetto alle tariffe massime con i limiti e le condizioni previsti dallo stesso D.M. al comma 4 dell'articolo 2.

1-Differenziazione tariffaria per livelli di accreditamento.

In relazione ai criteri di accreditamento istituzionale derivanti dall'applicazione della deliberazione di Consiglio Regionale n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 si confermano le differenze tariffarie già in vigore rapportandole ai nuovi valori approvati col presente provvedimento.

Pertanto le tariffe identificate nella tabella 1 si riferiscono alle strutture pubbliche e a tutti gli Istituti accreditati in fascia A. Per le strutture in fascia B e C, la tariffa è abbattuta rispettivamente dell'8% e del 15%, tranne che per i DRG medici della MDC 19 delle strutture di cui alla D.G.R. 33-8425 del 17 febbraio 2008 che effettuano attività neuropsichiatrica in acuzie per i quali si applicano gli abbattimenti ivi previsti

Per le Strutture sanitarie accreditate esclusivamente per la day surgery di tipo C, la tariffa è abbattuta del 30% se trattasi di struttura accreditata in fascia A e dell'ulteriore 8% e 15% per le strutture accreditate rispettivamente in fascia B e C

Per le strutture per le quali è in corso l'accreditamento la tariffa base per le Case di cura private provvisoriamente accreditate (acuzie) è ridotta del 20% con requisiti 1 (punto b.1 della D.G.R. n. 72-17930 del 1 aprile 1997) e del 22% per quelle con requisiti 2 (punto b.2 della D.G.R. n. 72-17930 del 1 aprile 1997) .

Rimangono in essere gli abbattimenti tariffari previsti per le strutture accreditate che devono ancora completare l'attuazione di alcuni adempimenti richiesti.

2-Le tariffe per i ricoveri di acuzie.

La descrizione analitica delle tariffe massime relativa ai ricoveri per acuzie viene esplicitata nella tabella 1 dove:

- nella colonna a è indicato il codice DRG;
- nella colonna b è indicato il codice MDC;
- nella colonna c è indicato il tipo del DRG;
- nella colonna d è indicata la descrizione del DRG;
- nella colonna e è indicata la tariffa per i Ricoveri Ordinari durata di degenza >1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero);
- nella colonna f è indicata la tariffa per i Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata);
- nella colonna g è indicata la tariffa per i Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico);
- nella colonna h è indicato il valore per Giornata Oltre Valore Soglia (per giornata);
- nella colonna i è indicato il Numero giornate valore soglia.

Le tariffe sono quelle massime di cui all'allegato 1 del citato D.M. 18.10.2012 e si riferiscono a quelle applicate per le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate in fascia A.

Per le strutture accreditate nelle altre fasce si applicano le tariffe abbattute secondo quanto indicato nel precedente paragrafo 1.

Per i ricoveri diurni dei DRG chirurgici e ai DRG 124,125 e 323 la tariffa si applica all'intero episodio di ricovero. Per gli altri ricoveri diurni la tariffa si applica per accesso.

Tali tariffe sono modulate inoltre tenendo conto di quanto previsto dall'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria in coerenza con quanto previsto al comma 2 dell'art. 4 del D.M. 18.10.2012 secondo quanto indicato al successivo paragrafo 3.

3-Remunerazioni aggiuntive o sostitutive alle tariffe di cui alla tabella 1 (comma 4, art. 2 del D.M. 18.10.2012)

In coerenza a quanto previsto dal comma 4 art. 2 del D.M. 18.10.2012 vengono previste maggiorazioni remunerazioni limitatamente ad erogatori individuati e in relazione a quantitativi massimi che saranno indicati al momento della stipula dei contratti con i produttori privati e dei presidi classificati e della ripartizione delle risorse del SSR per la parte concernente l'attività di ricovero, relativamente a prestazioni associate all'utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria.

Per l'attribuzione dei relativi incrementi tariffari occorrerà che nella Scheda di dimissione ospedaliera siano indicati i codici di diagnosi ed intervento e il codice identificativo dell'endoprotesi o del presidio identificato, ovviamente solo nel caso in cui siano state effettivamente effettuate le relative prestazioni. La stretta applicazione di tali indicazioni è condizione imprescindibile per il riconoscimento dell'importo relativo. Vengono inoltre individuati i presidi di ricovero che possono usufruire di tale rimborso e la discipline responsabile della relativa erogazione della prestazione. L'importo aggiuntivo indicato viene applicato direttamente dalla Regione. In caso di ricovero in libera professione

l'importo previsto viene ridotto nella misura corrispondente alla tipologia di ricovero effettuato (50%, 75% o 100%)

Codici Diagnosi ed intervento ICD-IX-CM	DRG	Endoprotesi	Tariffa aggiuntva	Discipline autorizzate	Codici Istituto autorizzati
Codici intervento 2096 2097 2098	---	Protesi cocleare (codice 200)	22.366	---	010007 - 00 010904 - 00 010907 - 01 010909 - 01 010909 - 07
Cod. 2095 in intervento pricipale	55	Impianto elettromagnetico dell'orecchio medio (codice 201)	8568	---	010007 - 00 010166 - 00 010907 - 01 010909 - 01
Diagnosi qualsiasi posizione 332 e intervento 0293	---	Stimolatore cerebrale (codice 220)	13.500	---	010909 - 01 010909 - 04
3552	518	Ombrellino settale atriale (codice 250)	5.800	06; 07; 08	
codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate	7 e 8	Neurostimolatore vagale (codice 300)	15.377		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvediment o
codice intervento 86.06		Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice 310)	3.500		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvediment o
codice intervento 39.71		Protesi dell'aorta addominale (codice 320)	3.528	14	Solo strutture identificate a seguito di specifico provvediment o
codice intervento 39.73		Protesi dell'aorta toracica (codice 330)	5.544	14	Solo strutture identificate a seguito di specifico provvediment o
Codici Diagnosi ed intervento ICD-IX-CM	DRG	Prestazione	Tariffa particolare	Discipline	Codici Istituto autorizzati
codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98		Neurostimolatore spinale (cod. 340)	9.245 per caso trattato		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvediment o

intervento 50.24	191 o 192	Termoablazione epatica per via percutanea	5.040 per caso trattato		Solo strutture identificate a seguito di provvediment o
codici intervento 44.31 o 44.32 o 44.38 o 44.39 o 44.5 o 44.68 o 44.69 o 44.95 o 44.96 o 44.99 o 45.90 o 45.91	288	Interventi per obesità	4.093,38 per caso trattato		
(codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco)		Gamma knife	tariffa per caso trattato pari a € 7.750,03	radioter apia	
(codice intervento 92.31)		Ciber knife	tariffa per caso trattato pari a € 7.688,52	radioter apia	
(intervento 92.27- impianto o inserzione di elemento radioattivi), associati alla diagnosi V58.0,		Brachiterapia	tariffa per caso trattato pari a € 8.568,00	radioter apia	

Trapianti

Le prestazioni di trapianto di organo e tessuto da cadavere vengono di norma remunerate attraverso il DRG specifico tranne in alcuni casi in cui è necessario identificare la corretta remunerazione in relazione ai costi che si devono sostenere per la loro effettuazione.

Si tratta in particolare di:

Trapianto di cornea la cui tariffa è di € 2.544,31 con DRG 42 e codice intervento 11.6_

Trapianto di pancreas isolato la cui tariffa specifica € 61.450,75 con interventi codici 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293

Trapianto di cellule staminali limbari: DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; per questi casi il valore del DRG 42 è pari a € 2.544,31, al quale deve essere sommato l'importo di Euro 12.290,15 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali..

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

Le valorizzazioni aggiuntive, in applicazione del D.M. 30 giugno 1997, riguardanti l'attività di osservazione, monitoraggio, prelievo e trasporto dell'organo sono confermate e fanno 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 da cadavere. Importi da fatturare dalle Aziende sede di prelievo alle Aziende sede di trapianto

Organo	Euro
Cuore	2.626,39
Fegato	2.626,39
Pancreas	2.626,39
Polmone	2.626,39
Rene	2.626,39
Intestino	2.626,39

Valorizzazione trasporto di organo.

Importo da fatturare dalle Aziende sede di prelievo alle Aziende sede di trapianto, solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato dall'Azienda sede di prelievo

Euro 331,12

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

Euro 516,00

Tab. 2: Valorizzazione Trapianti

Importi da riconoscere alle Aziende sede di trapianto

Alle aziende sede del trapianto sono riconosciuti l'importo aggiuntivo di **Euro 2.957,52** nei seguenti casi:

- Trapianto cardiaco DRG 103
- Trapianto renale DRG 302
- Trapianto di fegato e/o trapianto d'intestino DRG 480
- Trapianto pancreas DRG 513
- Trapianto pancreas individuato dagli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293

- Trapianto simultaneo pancreas e rene DRG 512
- Trapianto di polmone DRG 495

(i trapianti di intestino isolato e multiviscerali non vengono eseguiti in Istituti sul territorio regionale)

L'inserimento del paziente in lista di attesa non corrisponde alla certezza di effettuare il trapianto, diversamente da qualsiasi altro intervento chirurgico programmato. Di conseguenza, le prestazioni ambulatoriali, eseguite sul paziente in lista di attesa, non rientrano nel DRG e sono soggette alla compensazione della mobilità sanitaria regionale ed interregionale.

Attività di ricerca e prelievo per trapianto di midollo osseo

Le attività di trapianto di midollo osseo e di cellule staminali emopoietiche sono precedute dalla fase di ricerca del donatore e del prelievo i cui costi (L. 52/2001) devono ricadere sulla Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistito ricevente.

Ricerca del donatore (trapianti autologhi)

Le analisi relative all'iscrizione dei pazienti ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione di residenza.

Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale, anche tramite i Registri regionali, sono a carico della Azienda Sanitaria Locale di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. La struttura che effettua le indagini fatturerà tali prestazioni direttamente alla Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente candidato ricevente secondo le tariffe previste dal nomenclatore ambulatoriale regionale. Le informazioni necessarie per tali fatturazioni sono acquisibili tramite il Registro che ha richiesto le ulteriori ricerche di compatibilità.

Ricerca di CSE (midollari, cordonali e periferiche)

Le analisi relative all'iscrizione dei donatori ai Registri regionali dei donatori sono a carico delle regioni ove si effettua l'iscrizione indipendentemente dalla regione di residenza.

Le successive indagini genetiche effettuate su richiesta del Registro nazionale (IBMDR), anche tramite i Registri regionali, sono a carico della regione di residenza del candidato ricevente per il quale tali analisi sono state richieste. L'attivazione della ricerca verrà condivisa dal Galliera, ove ha sede l'IBMDR, con l'Azienda USL di residenza del paziente ricevente per il quale tale ricerca viene attivata tramite l'acquisizione di apposita informativa.

I Centri che effettuano le indagini sui candidati donatori e il centro che effettuerà la prestazione legata al prelievo di cellule staminali o le banche di cellule staminali cordonali fattureranno tali prestazioni direttamente all'Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera" di Genova utilizzando l'apposito tariffario predisposto dall'I.B.M.D.R.

Tutte le prestazioni ambulatoriali legate all'attività di ricerca verranno inviate ad importo zero perché già fatturate all'IBMDR.

Il valore del DRG 481 (trapianto di midollo osseo) viene differenziato per i casi di trapianto "autologo" ed i casi di trapianto "allogenico".

Trapianto autologo

Nel DRG 481 il trapianto "autologo" viene individuato dai codici intervento 41.01 o 41.04 o 41.07 o 41.09; Il codice intervento 41.00, essendo poco specifico, viene ricondotto al trapianto autologo. La tariffa è € 37.495,37

Trapianto allogenico

Nel DRG 481 il trapianto "allogenico" viene individuato dai codici intervento 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08. La tariffa è di € 86.447,67

La tariffa del trapianto allogenico è comprensiva anche del prelievo (incluso quello di cellule staminali da sangue periferico e quello di cellule staminali da cordone ombelicale) per cui tutti i record relativi a ricoveri per prelievo (DRG 467), riconducibili alle seguenti specifiche, dovranno essere inviati con onere della degenza = '9' e saranno valorizzati ad importo zero.

Diagnosi ed interventi relativi ad attività di prelievo di CSE (midollari, cordonali e periferiche):

DRG 467: altri fattori che influenzano lo stato di salute

Diagnosi V593 donatore di midollo osseo

Intervento 4191 aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

o

Diagnosi V5902 donatore di sangue, cellule staminali

Intervento 9979 altre aferesi terapeutiche / aferesi di cellule staminali

Nei casi in cui la Struttura sede di ricovero ai fini del prelievo sia diversa dalla Struttura sede del trapianto, la struttura in cui viene effettuato il prelievo fatturerà direttamente alla Struttura sede del trapianto l'importo di Euro 1.340,88, sia in ambito regionale che in ambito extraregionale.

Tutti gli oneri relativi all'eventuale trasporto sono a carico della struttura che effettua il trapianto, esclusivamente per i prelievi effettuati in Italia.

4 - Prestazioni di riabilitazione ospedaliera

La riabilitazione ospedaliera in regime di degenza ordinaria può essere svolta nelle seguenti specialità: 56-Recupero e Rieducazione Funzionale di II° livello e I° livello, 75-Gravi cerebrolesioni acquisite (neuroriabilitazione), 28-Unità spinale.

Le indicazioni relative all'organizzazione di tali attività derivano in particolare dalle DGR 10-5605 del 2.4.2007 e 13-1439 del 28.1.2011.

Per le strutture eroganti attività di recupero e rieducazione funzionale (codificato come specialità 56), il consumo di risorse atteso per giornata di degenza varia secondo la patologia trattata, espressa per MDC, così come indicato nella tabella 2.

Per evidenziare il fabbisogno di un corretto ed intensivo intervento su questo tipo di pazienti e per scoraggiare i prolungamenti inappropriati dei ricoveri, si determina una riduzione del 40% del peso oltre il valore soglia differenziato per MDC, così come indicato nella stessa tab. 2.

I ricoveri ordinari in riabilitazione sono da considerare in continuità con quelli di acuzie purchè l'ammissione al ricovero sia effettuata entro 7 giorni dalla dimissione di quello di acuzie.

Per quanto riguarda le attività di riabilitazione di terzo livello (codificato come specialità 28 - Unità spinale e come specialità 75 - Unità gravi cerebrolesioni acquisite), così come indicato nella tab. 2 e per tali tipi di attività non si applicano i meccanismi di riduzione del peso oltre il valore soglia.

In questo contesto è necessario richiamare la definizione della specialità 75, come già evidenziato nei provvedimenti precedenti:

“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 protratto per almeno 24 ore 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.”

I DRG risultanti dai ricoveri della specialità codice 75 devono appartenere alla MDC 1 con particolare riferimento ai seguenti DRG :

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 anni con cc
029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza cc
030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni

Nel caso di DRG e di MDC diversi, la Regione e le ASL competenti territorialmente per la vigilanza possono effettuare controlli specifici con la possibilità di annullare l'effetto economico delle prestazioni erogate.

Fa eccezione il reparto dell'ASO San Luigi di Orbassano deputato alla cura delle disabilità complesse neuro-cardio-respiratorie così come previsto dalle DGR 10-5605 del 2.4.2007 e 59-11816 del 20.07.2009

Le tariffe di cui alla tabella sono riferite alle strutture pubbliche e a quelle accreditate in fascia A, mentre quelle in fascia B e C sono ridotte analogamente a quanto previsto per i provvedimenti vigenti in materia.

E' opportuno ricordare che valgono le regole di applicazione in ordine ai trasferimenti interni del paziente da un episodio acuto ovvero da un episodio di altra post acuzie, che prevede la chiusura della SDO dell'episodio acuto/altra post acuzie e contemporanea apertura di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO. Nel caso in cui si dovesse verificare un eventuale nuovo ricovero in acuzie o in altra post acuzie, si dovranno comunque seguire le procedure sopra indicate. In relazione alla normativa vigente si deve sottolineare che per ogni nuovo ricovero di attività riabilitative in strutture di ricovero non a diretta gestione delle ASL e delle ASO (anche per effetto di trasferimento tra diversi reparti di postacuzie della stessa struttura) è necessaria, se non vi è motivata prescrizione del medico di Medicina Generale curante, la specifica autorizzazione da parte dell'ASL competente territorialmente con la proposta di percorso riabilitativo individuale predisposta da specialista fisiatra oltre che del protocollo operativo.

La riabilitazione ospedaliera in regime di ricovero diurno può essere svolta nelle seguenti discipline, così come previsto dalla DGR 12-1665 del 7.3.2011:

56-Recupero e Rieducazione Funzionale di II° livello,
75-Gravi cerebrolesioni acquisite (neuroriabilitazione),
28-Unità spinale.

I ricoveri diurni in Riabilitazione cod. 56 possono essere attivati entro e non oltre i 10 giorni dall'episodio di ricovero in acuzie. Solo per i pazienti con gravi disabilità neurologiche la cui corretta codificazione comporta l'attribuzione di DRG appartenenti alla MDC 1 è ammesso il ricovero direttamente dal domicilio.

Per i ricoveri diurni gli accessi non possono essere più di 15 l'anno tranne che per quelli che rientrano nella MDC 1 che possono essere al massimo 30. Quindi le relative soglie saranno calcolate non solo per i singoli ricoveri ma complessivamente a consuntivo a fine anno considerando complessivamente l'attività di ricovero a carico del SSN della Regione Piemonte.

I ricoveri in DH delle discipline 75 e 28 possono seguire solo ricoveri in degenza ordinaria nelle corrispondenti discipline.

Il valore della tariffa diurna è quello della tabella 2 (80% di quello previsto per la giornata in R.O.). Per questa tipologia di ricovero l'abbattimento tariffario oltre il valore soglia del 40% non è previsto per le discipline 75-Gravi cerebrolesioni acquisite (neuroriabilitazione), 28-Unità spinale.

5-Prestazioni di lungodegenza postacuzie ospedaliera

Si ritiene di dover ribadire che una struttura di lungodegenza post-acuzie (codice 60) viene di norma 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 pluripatologie e da problemi clinico-assistenziali non stabilizzati, che richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un nursing infermieristico non erogabile a livello extraospedaliero."

Tali attività, in coerenza con la DGR 13-1439 del 28.1.2011 devono essere effettuati in continuità con un ricovero di acuzie.

Le tariffe di cui alla tabella sono riferite alle strutture pubbliche e a quelle accreditate in fascia A, mentre quelle in fascia B e C sono ridotte analogamente a quanto previsto per i provvedimenti vigenti in materia negli importi di cui alla tabella 2

Anche per la disciplina di Lungodegenza nel caso di ricoveri prolungati, si presume un consumo di risorse minore per le giornate oltre il valore soglia di 30 giorni, quantificabile in una riduzione del 40% del peso per le giornate oltre tale valore soglia, così come indicato nella Tab. 2.

Sono abrogate le disposizioni di cui alle DD.GG.RR. n. 34-251 del 19-6-2000 e n. 57-644 del 31-7-2000

A modificazione della DGR 33-8425 del 17 febbraio 2008 i giorni soglia per gli episodi di ricoveri per attività di lungodegenza a carattere neuropsichiatrico sono confermati in 60 e in qualsiasi caso le giornate oltre soglia saranno tariffate con un abbattimento del 40% senza le deroghe previste al punto 3.4 dello specifico allegato alla stessa DGR.

E' opportuno ricordare che valgono le regole di applicazione in ordine ai trasferimenti interni del paziente da un episodio acuto ovvero da un episodio di altra post acuzie, che prevede la chiusura della SDO dell'episodio acuto/altra post acuzie e contemporanea apertura di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO. Nel caso in cui si dovesse verificare un eventuale nuovo ricovero in acuzie o in altra post acuzie, si dovranno comunque seguire le procedure sopra indicate. In relazione alla normativa vigente si deve

sottolineare che per ogni nuovo ricovero in lungodegenza in strutture di ricovero non a diretta gestione delle ASL e delle ASO (anche per effetto di trasferimento tra diversi reparti di postacuzie della stessa struttura) è necessaria, se non vi è motivata prescrizione del medico di Medicina Generale curante, la specifica autorizzazione da parte dell'ASL competente territorialmente e del relativo protocollo operativo.

Nel Presidio Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese viene svolta la funzione speciale di lungodegenza post-acuzie per pazienti inviati dall'Autorità Giudiziaria. Per tali ricoveri non si applicano gli abbattimenti tariffari previsti per la lungodegenza a condizione che nelle relative SDO venga essere utilizzato convenzionalmente il codice V62.5 – Problemi legali, in una delle diagnosi secondarie.

TABELLA 1
TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI, PER TIPO DI RICOVERO (IN EURO)

a	b	c	d	e	f	g	h	i
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia (per episodio di ricovero)	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti (per giornata)	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni (per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	Valore per Giornata Oltre Valore Soglia (per giornata)	Numero giornate valore soglia
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	15.085	3.616	-	314	53
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11.872	3.367	-	304	34
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	8.860	2.370	-	213	40
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	118	4
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10.658	2.383	2.585	252	39
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.326	1.331	2.585	196	10
9	1	M	Malattie e traumi del midollo spinale	3.589	522	329	219	24
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.332	445	298	152	33
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.316	437	298	164	32
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.850	367	196	131	23
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.419	331	188	96	17
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	442	239	159	30
15	1	M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.967	427	234	156	23
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	4.553	477	226	147	24
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.549	378	226	151	17
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.353	405	223	149	24
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	324	197	101	20
21	1	M	Meningite virale	2.629	308	215	143	22
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	2.989	576	298	199	14
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.489	430	263	175	27
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.729	376	231	154	10
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.986	624	-	239	28
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.118	562	-	213	27
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3.180	478	-	216	18

30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.409	476	-	208	4
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3.087	557	337	243	17
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2.042	492	337	225	10
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.224	483	321	214	4
34	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.369	423	234	156	31
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2.077	389	234	163	21
36	2	C	Interventi sulla retina	1.549	756	1.491	164	10
37	2	C	Interventi sull'orbita	4.930	1.574	1.910	254	17
38	2	C	Interventi primari sull'iride	1.536	592	1.189	113	10
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	487	994	102	4
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.453	734	1.615	141	7
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.199	757	1.296	177	4
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.641	761	1.522	143	10
43	2	M	Ifema	1.225	306	210	140	10
44	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.981	273	193	128	20
45	2	M	Malattie neurologiche dell'occhio	2.486	403	256	171	17
46	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.684	430	224	178	24
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.051	358	224	114	14
48	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.638	291	212	141	10
49	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	6.619	2.424	2.472	333	35
50	3	C	Sialoadenectomia	3.607	1.495	1.805	348	11
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.623	737	1.478	145	10
52	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	3.622	1.021	1.220	240	14
53	3	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.798	1.676	2.009	367	7
54	3	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	3.100	1.647	1.982	311	10
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.485	827	1.613	145	4
56	3	C	Rinoplastica	2.573	1.453	1.726	269	7
57	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	1.889	721	871	197	7
58	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.745	749	924	195	4
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	868	463	964	139	7
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	588	312	653	92	4
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.683	896	1.735	210	7
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.162	632	1.069	167	4
63	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4.378	1.783	2.134	264	13
64	3	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.486	615	317	174	28
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio	953	329	198	101	13
66	3	M	Epistassi	1.575	416	231	154	13
67	3	M	Epiglottite	1.678	387	250	166	10
68	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	1.935	315	210	140	16
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.247	311	224	149	10
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	662	269	165	91	7
71	3	M	Laringotracheite	625	226	162	108	10
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso	1.853	533	333	222	10
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.186	415	240	122	13
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	739	316	173	95	7
75	4	C	Interventi maggiori sul torace	8.737	2.270	2.438	279	28
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	9.650	1.729	1.682	237	44
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4.639	1.298	1.682	237	31

78	4	M	Embolia polmonare	4.009	405	243	162	31
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.744	450	222	148	40
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.422	311	199	133	44
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	5.768	552	345	230	27
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.161	484	283	156	34
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC	2.619	432	268	178	20
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	1.718	402	268	179	10
85	4	M	Versamento pleurico con CC	4.260	476	230	154	30
86	4	M	Versamento pleurico senza CC	2.867	380	227	151	30
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.802	397	219	146	27
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.600	290	170	87	21
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.558	359	212	141	28
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.291	282	200	134	24
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.948	258	188	125	14
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	4.481	405	234	156	27
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.999	461	212	141	23
94	4	M	Pneumotorace con CC	3.265	425	245	163	27
95	4	M	Pneumotorace senza CC	1.818	343	223	148	17
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.537	296	198	132	18
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.832	274	197	132	17
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.538	256	185	123	10
99	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	2.782	337	206	134	27
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.484	313	206	137	14
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.666	353	219	138	24
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.724	335	219	146	13
103	Pre	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.602	-	-	602	91
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	24.675	9.532	-	419	35
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	20.487	7.406	-	375	28
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA	27.519	7.737	-	379	39
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	16.419	5.226	-	336	37
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	14.208	4.598	-	339	33
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	10.500	4.399	-	295	24
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	11.031	2.206	-	176	57
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.056	1.278	1.820	174	45
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3.547	1.279	1.562	165	17
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	3.232	1.708	2.007	174	7
119	5	C	Legatura e stripping di vene	1.402	1.381	1.558	383	4
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.876	1.898	2.544	230	37
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.700	597	-	174	21
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.377	587	-	196	17
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	4.018	585	-	175	23
124	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.392	866	1.142	200	21
125	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.142	863	1.142	193	7
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	10.573	868	268	179	74
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	3.052	416	215	143	21

128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde	2.315	340	221	147	21
129	5	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	4.000	503	-	172	32
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC	3.308	423	237	158	23
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.090	284	175	89	21
132	5	M	Aterosclerosi con CC	2.443	333	205	137	20
133	5	M	Aterosclerosi senza CC	990	349	193	98	17
134	5	M	Ipertensione	963	333	197	100	17
135	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.963	455	239	160	24
136	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.073	434	222	148	17
137	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.201	559	312	208	10
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.375	404	229	152	17
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	974	325	183	93	10
140	5	M	Angina pectoris	1.870	297	193	129	14
141	5	M	Sincope e collasso con CC	2.393	410	242	161	20
142	5	M	Sincope e collasso senza CC	1.004	363	208	106	13
143	5	M	Dolore toracico	1.399	344	221	147	10
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.910	666	259	173	23
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.097	367	220	147	21
146	6	C	Resezione rettale con CC	11.203	2.539	2.311	217	45
147	6	C	Resezione rettale senza CC	7.475	2.283	2.311	274	37
149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	7.113	1.986	1.280	231	28
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.577	1.888	1.873	207	30
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	4.378	1.539	1.873	218	17
152	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	6.051	1.382	1.622	158	33
153	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4.491	1.335	1.622	205	20
155	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.566	1.557	1.888	207	34
156	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.154	824	876	130	24
157	6	C	Interventi su ano e stoma con CC	3.808	1.010	1.007	192	21
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC	1.202	1.069	1.007	126	10
159	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	4.892	1.453	1.523	198	27
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.371	575	1.523	94	13
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.571	1.240	1.280	212	13
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.168	649	1.280	137	7
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.093	603	1.214	146	4
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	5.735	1.538	-	228	21
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	3.514	1.270	-	228	14
166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.751	1.190	1.263	204	14
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.560	1.044	1.263	219	8
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC	1.626	779	1.361	169	10
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	1.459	687	1.361	161	7
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	8.810	1.814	1.578	190	47
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.498	1.278	1.578	193	31
172	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.550	691	303	167	37
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.564	493	274	151	28
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC	3.317	614	238	159	21
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC	2.091	403	216	144	17
176	6	M	Ulcera peptica complicata	3.230	579	236	157	20
177	6	M	Ulcera peptica non complicata con CC	3.148	504	230	153	21
178	6	M	Ulcera peptica non complicata senza CC	2.269	383	224	150	17

179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino	3.236	426	243	162	27
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC	2.841	383	228	152	23
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.732	300	210	140	14
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	2.465	368	222	148	20
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	959	295	179	91	13
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	785	259	156	85	7
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.051	453	269	180	18
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.595	345	241	161	10
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	775	545	281	143	7
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.215	504	238	159	24
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	855	315	178	91	14
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.634	344	214	142	7
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.929	3.427	2.583	353	57
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	9.558	2.499	2.583	316	37
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	13.509	2.660	2.449	238	60
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.789	1.993	2.449	225	51
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.574	1.989	2.170	176	40
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.007	1.770	2.170	182	24
197	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	8.596	1.781	-	185	40
198	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.293	1.383	-	186	24
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.902	1.824	2.392	195	45
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	7.535	1.657	2.297	226	50
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.585	2.391	3.398	301	51
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica	4.013	661	277	185	27
203	7	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.085	687	314	173	35
204	7	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.195	396	217	145	24
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.760	498	236	157	27
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.407	324	195	99	21
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC	3.733	588	232	155	24
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC	1.171	390	172	88	17
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	6.920	1.926	-	171	32
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	6.099	1.689	2.050	176	30
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.477	1.620	1.973	236	28
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.609	1.544	2.013	194	63
216	8	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.972	1.822	2.327	187	24
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7.678	2.417	3.082	240	45
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.686	2.011	1.887	196	31
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.405	1.572	1.887	209	20
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.286	1.090	1.298	178	17

223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.041	1.580	1.889	258	4
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.391	1.330	1.590	237	13
225	8	C	Interventi sul piede	2.759	1.388	1.684	217	7
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC	4.764	1.361	1.759	209	24
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.555	754	1.499	138	10
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.767	847	1.686	156	10
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.266	657	1.296	143	7
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.034	1.326	1.653	206	13
232	8	C	Artroscopia	1.361	851	1.512	148	7
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.191	2.025	2.296	169	34
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.629	1.903	2.296	243	13
235	8	M	Fratture del femore	1.985	346	189	126	23
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi	2.278	337	202	135	21
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.985	302	188	125	17
238	8	M	Osteomielite	5.378	517	246	164	44
239	8	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.649	437	276	151	30
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo con CC	4.147	772	287	191	30
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	1.497	400	201	102	20
242	8	M	Artrite settica	3.873	433	230	154	40
243	8	M	Affezioni mediche del dorso	1.199	335	195	100	21
244	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.563	345	208	139	23
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.038	308	191	98	28
246	8	M	Artropatie non specifiche	2.106	302	200	133	20
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.745	322	214	143	17
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite	1.178	304	173	88	23
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.209	442	217	111	18
250	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.472	368	191	150	16
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	753	322	191	97	7
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	547	339	190	104	4
253	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.429	383	169	152	24
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	773	297	169	86	10
255	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.406	300	198	132	7
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	940	445	237	121	14
257	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	3.948	1.422	1.771	251	14
258	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.341	1.461	1.771	272	14
259	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.717	1.113	1.362	244	13
260	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.354	1.174	1.362	289	10
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.709	1.630	1.960	271	10
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.069	568	1.162	143	7

263	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.107	1.330	1.266	201	37
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.254	923	1.266	201	37
265	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.130	1.656	1.733	268	17
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.622	878	1.733	156	10
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali	1.587	723	872	187	7
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.205	1.087	2.156	212	10
269	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5.878	1.204	1.099	196	31
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.225	535	1.099	127	7
271	9	M	Ulcere della pelle	4.290	493	269	179	30
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC	3.221	343	187	124	27
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	257	180	120	20
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.983	399	259	142	34
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	289	237	130	17
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	828	297	173	88	10
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC	3.353	359	222	148	30
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.090	300	215	143	21
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni	1.638	271	194	129	10
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.790	385	268	162	17
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	901	421	268	137	7
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	837	418	244	134	4
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	1.503	295	162	83	20
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	728	238	153	78	13
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	7.698	1.569	2.320	187	59
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.695	2.047	2.115	267	27
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.770	1.271	1.804	184	34
288	10	C	Interventi per obesità	5.681	2.089	2.518	226	17
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	2.926	1.130	1.369	244	11
290	10	C	Interventi sulla tiroide	3.340	1.373	1.658	326	11
291	10	C	Interventi sul dotto tiroglossa	2.573	1.121	1.348	301	7
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.959	2.181	1.886	272	27
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.308	1.524	1.886	244	14
294	10	M	Diabete, età > 35 anni	1.391	390	236	121	20
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	1.162	282	160	88	17
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.800	366	204	136	23
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	273	191	127	21
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.190	237	173	115	7
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	1.606	437	222	113	17
300	10	M	Malattie endocrine con CC	3.337	421	246	164	20
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	901	318	210	107	17
302	11	C	Trapianto renale	33.162	-	-	581	42
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.386	2.227	2.296	252	25
304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.137	2.024	1.857	249	34

305	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.953	1.531	1.857	236	20
306	11	C	Prostatectomia con CC	4.230	1.126	1.121	178	18
307	11	C	Prostatectomia senza CC	3.105	920	1.121	202	14
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC	4.693	1.673	2.116	179	24
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.397	1.753	2.116	183	13
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC	3.290	1.063	1.148	184	17
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.350	949	1.148	209	10
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	4.825	1.206	1.499	202	17
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	3.059	1.263	1.534	250	10
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	3.637	1.203	1.486	194	17
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.709	2.042	2.659	198	41
316	11	M	Insufficienza renale	3.734	590	260	174	27
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	1.381	841	204	104	1
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	4.006	440	283	143	34
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.158	418	283	156	17
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.701	355	216	144	23
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.883	286	201	134	17
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.422	287	213	142	11
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.372	1.614	640	146	10
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	935	314	163	83	10
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.878	357	203	135	17
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.075	267	161	82	10
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	947	276	160	88	7
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.317	395	197	123	17
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	781	401	197	100	10
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.284	372	199	133	7
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.379	489	242	161	27
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.008	336	196	100	17
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.612	392	215	118	13
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	7.131	1.765	-	260	20
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	5.997	1.619	-	277	16
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	3.394	910	1.109	170	15
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.652	911	1.109	219	11
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.669	1.244	1.531	249	10
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.062	614	1.193	137	7
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.199	648	1.118	181	4
341	12	C	Interventi sul pene	3.744	1.749	2.113	182	13
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni	864	520	960	97	4
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni	617	392	671	73	4
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.146	1.225	1.459	198	17
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.737	637	1.331	108	17
346	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.592	466	263	145	35
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.432	342	238	131	10
348	12	M	Ipertrofia prostatica benigna con CC	2.146	357	212	141	21
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	901	241	151	77	10
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.872	364	234	156	13
351	12	M	Sterilizzazione maschile	-	-	-	-	6
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	781	424	229	117	7
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.203	1.916	-	253	22

354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	6.722	1.386	1.455	197	37
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	3.959	1.185	1.455	225	15
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.901	1.242	1.496	244	11
357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	6.791	1.840	-	222	27
358	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	4.317	1.293	1.436	223	15
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.027	1.183	1.436	241	11
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.545	690	1.382	118	10
361	13	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.589	1.196	1.457	214	7
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	1.055	646	1.173	162	4
363	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.555	849	1.026	199	10
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	917	527	1.019	133	4
365	13	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	2.970	1.303	1.639	249	23
366	13	M	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	4.158	476	272	149	37
367	13	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.041	317	219	120	21
368	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.722	350	235	157	10
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	725	336	179	91	7
370	14	C	Parto cesareo con CC	2.782	1.020	-	170	14
371	14	C	Parto cesareo senza CC	2.092	937	-	170	6
372	14	M	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.619	659	222	150	8
373	14	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.272	589	222	148	5
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.122	893	637	175	8
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.859	1.035	-	190	8
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.264	375	203	135	10
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.787	849	1.301	130	7
378	14	M	Gravidanza ectopica	1.629	602	239	159	10
379	14	M	Minaccia di aborto	1.376	445	177	118	10
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.133	422	209	139	7
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	989	543	1.099	149	4
382	14	M	Falso travaglio	612	247	136	91	4
383	14	M	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	1.262	346	190	127	10
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	763	332	150	77	14
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	5.435	344	-	84	4
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	30.738	-	532	354	135
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori	14.151	-	514	343	51
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori	5.435	-	227	151	20
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	3.919	-	262	175	11
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative	1.146	-	154	103	5
391	15	M	Neonato normale	560	-	-	-	5
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni	6.624	1.812	-	211	22
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni	4.703	1.158	-	155	13
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	4.179	1.160	1.587	183	17
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.676	429	216	91	23
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.190	367	247	112	13
397	16	M	Disturbi della coagulazione	2.748	583	271	181	20
398	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	3.589	393	218	145	27
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	1.704	305	192	98	17

401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	11.719	2.153	1.534	230	55
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.944	1.183	1.534	207	24
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.185	1.022	336	224	40
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1.823	461	273	115	24
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	11.143	2.309	401	267	86
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.178	2.411	1.993	236	43
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.668	1.625	1.993	246	27
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.384	1.923	2.427	332	13
409	17	M	Radioterapia	1.471	602	353	180	31
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.792	496	371	156	7
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	868	220	154	64	13
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	734	337	230	97	10
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.788	555	319	175	41
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2.876	322	226	124	32
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni	3.176	459	293	195	17
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.508	398	221	147	23
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.710	398	228	152	20
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.086	318	219	146	21
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.184	340	221	147	14
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.660	287	209	139	10
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.155	546	266	177	24
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	4.963	1.550	2.029	151	39
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.669	278	162	113	21
426	19	M	Nevrosi depressive	858	148	137	44	31
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	757	141	137	43	27
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.267	191	162	72	41
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	1.356	352	137	92	27
430	19	M	Psicosi	1.942	175	162	71	44
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	1.118	319	162	149	21
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.409	289	162	104	21
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	664	242	170	113	4
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	4.724	1.770	2.174	213	17
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.384	1.358	1.728	217	28
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	3.119	1.355	1.612	251	10
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	9.945	2.217	1.457	231	51
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	3.492	1.197	1.457	217	13
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.877	374	233	155	21
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	2.126	377	233	173	10
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni	1.271	368	256	171	4
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.404	331	218	146	10
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni	951	240	177	118	7
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.411	374	230	153	21
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.272	298	203	135	10
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.056	330	214	143	4
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC	3.283	564	255	170	27
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.733	377	214	143	18

454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.593	413	282	164	18
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.704	404	282	188	10
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	4.924	2.067	2.537	226	21
462	23	M	Riabilitazione	1.943	414	221	147	37
463	23	M	Segni e sintomi con CC	2.870	320	209	123	31
464	23	M	Segni e sintomi senza CC	1.748	317	209	139	23
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	854	842	179	221	7
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	863	506	179	129	10
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	652	265	134	68	10
468	NA	C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	10.158	2.733	3.468	227	39
469	NA	NA	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	457	104	104	83	10
470	NA	NA	Non attribuibile ad altro DRG	457	61	61	49	41
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	13.244	6.837	-	250	30
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	16.082	3.456	461	307	81
476	NA	C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	7.369	1.903	2.496	265	20
477	NA	C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	5.172	1.533	1.931	227	32
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.742	1.851	2.258	235	21
480	Pre	C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	62.648	-	-	664	61
481	Pre	C	Trapianto di midollo osseo	59.806	5.707	4.666	405	46
482	Pre	C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.891	2.221	-	187	61
484	24	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	22.206	5.899	-	423	73
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	19.551	5.129	-	278	42
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	19.289	4.440	-	311	50
487	24	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	5.559	677	-	236	37
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	27.409	4.145	-	304	112
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	8.186	607	282	155	58
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	2.458	532	261	110	31
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	8.565	3.184	-	230	24
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.576	985	353	194	51
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.397	1.496	1.458	196	30
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.834	1.210	1.458	211	10
495	Pre	C	Trapianto di polmone	72.572	-	-	321	78
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.723	8.182	-	263	45
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	15.069	6.600	-	305	35
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	12.376	6.472	-	287	24
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	6.347	1.662	1.775	241	27
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.672	1.457	1.775	295	14
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.595	2.109	-	248	92
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	5.183	1.330	-	187	51
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.808	1.024	2.009	127	7
504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore con innesto di cute	49.026	-	-	363	108
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	10.835	1.446	-	385	71
506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	16.494	1.774	-	218	87

507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	8.421	1.531	1.488	328	65
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.825	466	-	161	67
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	3.435	434	291	194	32
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.228	532	-	161	53
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	2.311	357	218	146	24
512	Pre	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.728	-	-	470	68
513	Pre	C	Trapianto di pancreas	61.451	-	-	270	53
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	16.573	9.945	9.948	222	31
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	3.962	2.163	2.586	167	7
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	12.753	3.800	-	298	46
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.916	3.088	3.183	346	17
521	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.728	304	197	131	27
522	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.882	217	173	115	45
523	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.436	243	177	118	24
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria	2.543	382	237	158	17
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	53.272	20.044	-	429	47
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	25.812	5.457	-	424	48
529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	12.891	2.348	-	237	75
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	7.816	2.049	-	217	33
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC	14.639	4.389	2.782	279	47
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	8.413	2.675	2.782	330	24
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC	4.806	1.566	1.734	294	20
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.119	1.444	1.734	311	11
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	24.098	10.757	-	198	41
536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	21.634	10.357	-	216	33
537	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5.618	1.751	1.758	217	28
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.651	882	1.758	151	7
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	13.271	3.108	-	300	50
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	4.867	1.636	2.009	258	24
541	Pre	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	51.919	8.266	-	356	117
542	Pre	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	34.546	3.032	-	293	104
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	16.777	2.898	-	312	51
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.837	3.736	-	205	22
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.152	4.565	-	261	34
546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	19.545	9.391	-	279	31
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	22.125	5.499	-	372	39
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	19.112	5.133	-	366	29
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	18.154	4.742	-	409	28

550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.674	4.082	-	376	20
551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	9.384	3.606	3.653	201	31
552	5	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.756	2.091	2.508	166	14
553	5	C	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.039	2.604	3.445	278	49
554	5	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.144	2.148	2.740	227	31
555	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.207	2.062	2.473	201	17
556	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.747	2.479	2.970	174	10
557	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.128	4.098	4.901	191	15
558	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.434	4.101	4.917	174	7
559	1	M	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	6.073	608	-	201	57
560	1	M	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	8.067	653	307	205	43
561	1	M	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	6.058	517	254	169	37
562	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.289	455	246	164	20
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.193	450	214	109	17
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	1.631	321	195	99	23
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	15.595	1.236	-	283	50
566	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6.764	637	297	198	46
567	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.712	2.541	-	214	47
568	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	12.418	2.263	-	207	48
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.793	2.659	-	250	50
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	11.318	2.377	-	233	45
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago	3.392	593	248	165	24
572	6	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	3.484	459	240	160	20
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	14.889	3.179	-	240	43
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	3.738	657	251	167	27
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	21.349	1.629	-	276	65
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	5.493	559	247	165	37
577	1	C	Inserzione di stent carotideo	5.795	2.651	3.172	308	17
578	18	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18.314	2.814	3.432	250	82
579	18	C	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	9.163	1.555	2.179	180	44

Le tariffe della presente tabella si applicano con le modificazioni contenute nel paragrafo 3 dell'allegato 1.

Per il DRG 323 M "Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni"

Regime di day hospital e ordinario di 1 giorno:

- in presenza del codice procedura "98.51 Litotripsia rene uretere", in qualsiasi posizione venga codificato, tariffa per caso trattato pari a € 550,00
- In assenza di tale procedura, tariffa per caso trattato pari a € 184,00.

tabella 2

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

MDC	Valore soglia per ricoveri ordinari (gg)	Accreditamento Fascia A (tariffa massima)				Accreditamento Fascia B				Accreditamento Fascia C			
		Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
		(per giornata)	(per giornata)	(per accesso)	(per accesso)	(per giornata)	(per giornata)	(per accesso)	(per accesso)	(per giornata)	(per giornata)	(per accesso)	(per accesso)
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	60	272,7	163,6	218,2	130,9	250,9	150,5	200,7	120,4	231,8	139,1	185,4	111,3
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	25	231,0	138,6	184,8	110,9	212,5	127,5	170,0	102,0	196,4	117,8	157,1	94,2
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	15	251,0	150,6	200,8	120,5	230,9	138,6	184,7	110,8	213,4	128,0	170,7	102,4
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO	15	246,9	148,1	197,5	118,5	227,1	136,3	181,7	109,0	209,9	125,9	167,9	100,7
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO	30	246,9	148,1	197,5	118,5	227,1	136,3	181,7	109,0	209,9	125,9	167,9	100,7

MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTENEO E DELLA MAMMELLA	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/FARMACI E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 22 - USTIONI	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4
DRG NON CLASSIFICABILI	20	202,0	121,2	161,6	97,0	185,8	111,5	148,7	89,2	171,7	103,0	137,4	82,4

Possono essere effettuati ricoveri provenienti dal domicilio in una percentuale massima di 10% del totale annuo. I ricoveri che superano tale percentuale non potranno avere alcun riconoscimento tariffario

Per i ricoveri in DH i valori soglia sono di 30gg/anno per MDC 1 e 15gg/anno per gli altri MDC

Per l'attività riabilitativa svolta dalle case di cura a cartere neuropsichiatrico si fa riferimento alla DGR 33-8425 del 17 febbraio 2008

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE di I livello, per TIPO DI RICOVERO (EURO)

MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA	45	163,99	98,394	-	-	159,06	95,436	-	-	155,04	93,024	-	-
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO	25	163,99	98,394	-	-	159,06	95,436	-	-	155,04	93,024	-	-
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO	15	163,99	98,394	-	-	159,06	95,436	-	-	155,04	93,024	-	-
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO	15	163,99	98,394	-	-	159,06	95,436	-	-	155,04	93,024	-	-
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO	30	163,99	98,394	-	-	159,06	95,436	-	-	155,04	93,024	-	-
ALTRI MDC	20	163,99	98,394	-	-	159,06	95,436	-	-	155,04	93,024	-	-

Possono essere effettuati ricoveri provenienti dal domicilio in una percentuale massima di 10% del totale annuo. I ricoveri che superano tale percentuale non potranno avere alcun riconoscimento tariffario

Possono essere effettuati ricoveri provenienti da reparti di RRF II° livello in una percentuale massima di 10% del totale annuo previa specifica autorizzazione da parte dell'ASL competente territorialmente. I ricoveri che superano tale percentuale non potranno avere alcun riconoscimento tariffario.

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA A CARATTERE NEUROPSICHIATRICO per TIPO DI RICOVERO (EURO)

Riabilitazione a carattere neuropsichiatrico	40	189	113,4	-	-	186	111,6	-	-	183	109,8	-	-
Lungodegenza a carattere neuropsichiatrico	60	150	90	-	-	147	88,2	-	-	144	86,4	-	-

La tariffa giornaliera per i ricoveri di **soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita** intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protratto per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave": 1) in continuità con il momento acuto della malattia; 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico con le modalità previste dalla normativa regionale, è di **€ 470,00 per le sole strutture allocate presso A.S.O. e/o ospedali sede di D.E.A di II livello in apicazione della DGR 10-5605 del 2.4.2007**

La tariffa giornaliera per i ricoveri di **pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C** secondo la classificazione dell'American Spinal Injury Association (A.S.I.A.): 1) in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti); 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico secondo le indicazioni regionali in materia, è di **€ 470,00**. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

LUNGODEGENZA	Ricovero	Ricovero	Valore soglia (gg)
	(per giornata)	(per giornata)	
	154,00	92,40	

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di **pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza** è di **€ 262,00**. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.