

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO  
\*\*\*\*\*

20 APR. 1999

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

ADDI' 20 APR. 1999

NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

BADALONI	Pietro	Presidente	FEDERICO	Maurizio	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
ALZANDRI	Livio	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
AMATI	Matteo	"	MARRONI	Angiolo	"
BONADONNA	Salvatore	"	META	Michele	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	PIZZUTELLI	Vincenzo	"
DONATO	Pasquale	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.  
..... OMISSIS

ASSENTI: FEDERICO - MARRONI

DELIBERAZIONE N° 2069

OGGETTO: Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del  
22/12/98 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza  
ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale a seguito di interlocuzioni con  
associazioni di categoria interessate.



OGGETTO: Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/1998 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale a seguito di interlocuzione con associazioni di categoria interessate

---

## LA GIUNTA REGIONALE

### *premesse*

VISTA la DGR 7423 del 22/12/1998 che definiva il sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale;

CONSIDERATO che l'AIOP, Associazione esponenziale delle case di cura private, soggetti interessati dal provvedimento di regolamentazione delle tariffe ospedaliere di cui alla DGR 7423/98, l'ARIS, Associazione esponenziale degli istituti religiosi, rappresentanti degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e rappresentanti di altri soggetti erogatori, sono intervenuti con osservazioni su specifici aspetti del provvedimento e che la Regione Lazio ha ritenuto di accettare questa interlocuzione, pur fin dall'inizio negando disponibilità ad intervenire su punti chiave del provvedimento che rivestono rilevanza ai fini programmatici e finanziari;

RITENUTO che sia utile, alla realizzazione di un procedimento partecipativo e al perseguimento anche del pubblico interesse, l'accoglimento, dopo un'approfondita verifica tecnica, di alcune delle osservazioni avanzate da associazioni di categoria;

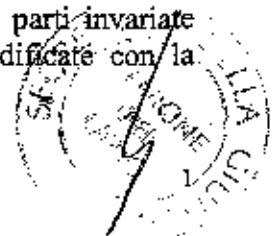
RITENUTO pertanto opportuno recepire le modifiche oggetto dell'accordo siglato con l'AIOP in data 3/2/1999 e quelle indicate nella nota del 9/3/1999 con la quale l'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute rispondeva alla lettera dell'ARIS che, in data 2/3/1999, aveva esposto le sue osservazioni sulla DGR 7423/98, anche in rappresentanza di IRCCS e di ospedali classificati;

STABILITO che, sulla base dell'interlocuzione con l'AIOP, con l'ARIS e con altri soggetti erogatori, sia in particolare opportuno prevedere, rispetto alla DGR 7423/98:

- una diversa articolazione della classificazione dei soggetti erogatori in 4 classi di complessità
- criteri aggiuntivi di attribuzione della classe di complessità,
- una diversa modulazione dell'attività di day hospital
- criteri specifici di calcolo dei tassi di occupazione dei posti letto accreditati
- procedure di riattribuzione a classi di complessità diverse di prestazioni non effettuate dalla classe di complessità di primitiva attribuzione
- criteri differenti di calcolo del portafoglio disponibile per le attività di riabilitazione lungodegenza e RSA
- criteri differenti di calcolo dei tetti individuali di remunerazione per le strutture che svolgono attività di lungodegenza, riabilitazione e RSA
- criteri differenti di calcolo per i tetti individuali di remunerazione delle strutture per acuti

RITENUTO che sia perciò necessario modificare la DGR 7423/98 come di seguito indicato ed adeguando conseguentemente, sul piano tecnico, l'Allegato 1 della medesima DGR 7423/98 secondo quanto previsto dall'Allegato 1 alla presente deliberazione;

RITENUTO utile ad una migliore comprensione dell'atto deliberativo indicare le parti invariate rispetto alla DGR 7423/98 con la definizione "rimane invariato" e quelle modificate con la definizione "si modifica"



*"rimane invariato"*

VISTO il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che introduce il sistema della remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio della libera scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti;

VISTO il D.M. 14.12.1994 che fissa le tariffe massime da corrispondere per le prestazioni di assistenza ospedaliera, a decorrere dal 1.1.1995;

VISTO il D.M. 30.6.1997 che prevede l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

ATTESO che l'art. 32 - comma 8 della Legge 27/12/97, n. 449 prevede che le Regioni individuino preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata o per gruppi di istituzioni sanitarie i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo Sanitario Regionale (FSR) e i preventivi annuali delle prestazioni nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione, di cui all'art. 1 comma 32 della legge 23.12.1996 n. 662;

RILEVATA pertanto l'esigenza di elaborare - al fine di adempiere alla suindicata norma in correlazione alla facoltà di libera scelta - una nuova disciplina del sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera pubblica e privata che determini, in anticipo sull'inizio del primo anno di applicazione e previa ampia consultazione con le Aziende sanitarie locali e con i soggetti erogatori pubblici e privati, regole di remunerazione con valenza pluriennale;

*"si modifica"*

RILEVATO che i dati utili alla definizione delle remunerazioni riconosciute a ciascun soggetto erogatore sono esclusivamente quelli accettati dal Sistema Informativo Ospedaliero, in base alla normativa ed alle specifiche costantemente aggiornate che ne regolano il funzionamento;

CONSIDERATO che non sono attività la cui remunerazione è disciplinata dal presente atto deliberativo quelle erogate a qualsiasi titolo dalle Case di Cura private provvisoriamente accreditate per la Neuropsichiatria e dalle strutture provvisoriamente accreditate che svolgessero ancora, eventualmente, attività residuale di tipo manicomiale;

CONSIDERATO che la remunerazione delle strutture attualmente convenzionate con il SSR in base all'art 26 della Legge 833 del 1978 verrà sostenuta con finanziamenti diversi da quelli previsti dalla presente deliberazione anche nel caso che parte dell'attività assistenziale fornita da queste strutture venisse accreditata in una delle categorie assistenziali alle quali fa riferimento la presente deliberazione;

*"rimane invariato"*

CONSIDERATO che le informazioni sempre più dettagliate sulle attività di ricovero ospedaliero di cui la Regione dispone documentano che la quantità complessiva delle prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate eccede gli standards definiti a livello nazionale ed è fortemente distorta dall'offerta strutturale e in particolare evidenziano:

- Eccesso di prestazioni di ricovero ospedaliero, con tendenza all'aumento, rispetto agli standard nazionali (oltre 200 ricoveri per 1000 abitanti rispetto ai previsti 160);
- Eccesso di prestazioni inappropriate per modalità di erogazione;
- Eccesso di ricoveri inappropriate sulla base della diagnosi di dimissione;



- Disomogeneità nella distribuzione del "case mix" con la concentrazione della maggioranza dei casi gravi e complessi in un numero relativamente piccolo di strutture;
- Disparità territoriale nell'accesso alle prestazioni e necessità di prevedere un aumento perequativo di alcune prestazioni;

RILEVATA pertanto la necessità che il nuovo sistema di remunerazione, consenta il perseguimento dei seguenti obiettivi:

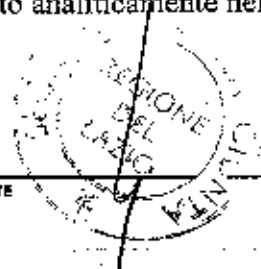
- Migliore soddisfazione del bisogno assistenziale;
- Incentivazione di una maggiore appropriatezza delle prestazioni;
- Migliore corrispondenza tra la struttura di ricovero e la complessità delle patologie trattate;
- Più pertinente individuazione dei costi di produzione riferibili alla classe di complessità assistenziale;
- Introduzione di elementi di dinamicità dell'offerta che consentano il raggiungimento di una maggiore efficienza operativa;
- Orientamento della spesa a vantaggio delle prestazioni con migliore rapporto costo/benefici.

RILEVATO che il budget complessivo che la regione intende destinare alle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale remunerate prospetticamente non potrà superare per il 1999 la somma complessiva di Lit. 4.890 miliardi

RITENUTO che, in relazione alle suesposte motivazioni, il nuovo sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera pubblica e privata debba essere costruito sulla base dei seguenti elementi che ne definiscono l'impianto strutturale:

1. Classificazione dei soggetti erogatori che tenga conto delle differenti complessità, con diverse capacità assistenziali e differenti costi di produzione;
2. Differenziazione delle tariffe per classe di complessità assistenziale dei soggetti erogatori;
3. Individuazione, per DRG nel ricovero ospedaliero in acuzie e per altra modalità di raggruppamento dei casi per le altre attività assistenziali, della quantità di prestazioni necessarie e sufficienti per ciascuna classe di soggetti erogatori, a garantire la tutela della salute della popolazione, nelle varie tipologie assistenziali (ricovero ordinario per acuti, day hospital per acuti, lungodegenza, riabilitazione, residenza sanitaria);
4. Revisione periodica, con cadenza non inferiore all'anno e sulla base delle conoscenze scientifiche e delle informazioni disponibili, della classificazione dei soggetti erogatori, delle quantità di prestazioni attese, della loro distribuzione territoriale e della loro distribuzione tra le classi dei soggetti erogatori, ed infine delle modalità di erogazione contrattate e conseguentemente delle tariffe;
5. Introduzione di meccanismi di economicità di scala quale condizione per mantenere stabile, al superamento delle quantità attese di prestazioni, il budget definito per gruppo di prestazioni e classe di soggetto erogatore.

CHIARITO che il sistema sopradelineato ha lo scopo di garantire il diritto di libera scelta e la competizione regolata, all'interno di ciascuna classe di complessità assistenziale, tra i soggetti erogatori pubblici e privati provvisoriamente accreditati e che lo stesso sistema definisce i vincoli per la Regione e per i soggetti erogatori all'interno dei quali questa competizione si può realizzare individuando in modo esplicito il portafoglio delle risorse finanziarie disponibili nel complesso e per ciascuna classe di soggetti erogatori come descritto analiticamente nell'Al. 1;



*R*  
*Qu* 3

**REGIONE LAZIO**

GIUNTA REGIONALE

segue: DELIBERAZIONE n. 2069 del

20 APR. 1999

Pag. 4

~~CONSIDERATO che nel sistema di competizione e libera scelta sopradescritto non è predefinibile autoritativamente il budget annuo riconosciuto ad ogni singolo soggetto erogatore nell'ambito della spesa complessiva definita per ogni classe di complessità assistenziale,~~

RILEVATO, peraltro, che la programmazione delle quantità di prestazioni attese, per gruppo di prestazioni e per classe, disincentivando sul piano economico, prestazioni inappropriate ed inefficaci, diviene strumento di regolazione dell'offerta e fornisce a ciascun soggetto erogatore le informazioni necessarie ad orientare la sua attività;

CONSIDERATO che è possibile definire a priori, per il ricovero ordinario in acuzie, il peso economico di ciascun soggetto erogatore applicando il sistema tariffario scalare introdotto con la presente deliberazione alle prestazioni erogate nel 1997 e documentate dal Sistema Informativo ospedaliero (SIO);

STABILITO che il peso economico di cui al precedente CONSIDERATO costituisce il termine di riferimento per la remunerazione ottenibile nel 1999 e sarà da ora in poi chiamato "remunerazione complessiva di riferimento" e che la remunerazione complessiva di riferimento di ciascun soggetto erogatore, calcolata secondo il precedente CONSIDERATO, è indicata nell'Al. 2., che forma parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO che il sistema di remunerazione di cui all'Al. 1. consente a ciascuno degli stessi soggetti erogatori di conservare, a parità di prestazioni erogate, per il ricovero ordinario in acuzie, una remunerazione non inferiore al 75% della remunerazione complessiva di riferimento, e di raggiungere con l'aumento delle prestazioni una remunerazione massima pari al 125% della remunerazione complessiva di riferimento;

RILEVATO che ciascun soggetto erogatore di assistenza ospedaliera ordinaria per acuti sarà informato sulla sua remunerazione complessiva di riferimento e dovrà formalizzare con apposita sottoscrizione l'accettazione integrale del sistema di remunerazione di cui alla presente deliberazione;

CONSIDERATO che, per le attività assistenziali di day hospital, riabilitazione, lungodegenza e residenza sanitaria assistenziale, il fabbisogno stimato prevede un aumento del budget disponibile fino ad un massimo di Lit. 1.230 miliardi così suddivisi: day hospital Lit. 490 miliardi, Riabilitazione Lit. 420 miliardi, Lungodegenza Lit. 190 miliardi, RSA Lit. 130 miliardi;

CONSIDERATO che per le aree assistenziali di cui sopra sono intervenute, nell'ultimo anno, variazioni rilevanti nel numero dei soggetti erogatori e/o nel numero dei posti letto e non è perciò possibile definire per ciascun soggetto erogatore una remunerazione complessiva di riferimento basata sul 1997 come calcolata per il ricovero ordinario in acuzie;

**"si modifica"**

CONSIDERATO che per le strutture già convenzionate per la lungodegenza ed in via di riconversione la remunerazione giornaliera riconosciuta per ciascun degente, in attesa di un nuovo atto di accreditamento per i nuovi profili assistenziali, deve tenere conto degli accordi già intervenuti e sarà pari:

- per i posti letto non destinati a RSA, alla diaria definita in sede di accordo regionale e cioè la diaria convenzionale precedente
- per i posti letto destinati a RSA, alla remunerazione giornaliera minima tra quelle indicate nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97



*Cur* 4

**REGIONE LAZIO**

GIUNTA REGIONALE

segue: DELIBERAZIONE n. 2069 del20 APR. 1999<sup>5</sup>

e che l'attività svolta verrà valutata secondo le modalità di remunerazione previste nell'All. 1 solo per i posti letto che verranno accreditati per le nuove tipologie assistenziali, secondo le tariffe previste per le nuove tipologie assistenziali e per i giorni dell'anno di effettivo accreditamento per le nuove tipologie assistenziali;

CONSIDERATA l'opportunità di espandere la erogazione dell'assistenza in forme alternative al ricovero ordinario e quindi la necessità di riconoscere a tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati la possibilità di riconvertire in day-hospital un numero di posti letto non superiore al 10% del numero complessivo di posti letto accreditati;

CONSIDERATA la necessità di rendere rapidamente disponibile ai cittadini la possibilità di ricorso al day hospital e ritenendo perciò condizioni sufficienti per l'avvio dell'attività di ricovero in day hospital:

- la comunicazione alla Regione e alle Aziende sanitarie locali di ubicazione del numero di posti letto da destinare a questa attività
- l'impegno a mantenere questa destinazione, in modo permanente, almeno fino al termine dell'anno, intendendosi questa destinazione automaticamente confermata all'inizio di ogni anno a meno che non intervenga ulteriore comunicazione di variazione da parte della struttura interessata;

e ritenendo allo stesso fine opportuno riconoscere a tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati la possibilità di avviare immediatamente l'attività di ricovero in day-hospital, per un numero di accessi medi giornalieri non superiore al numero dei posti letto destinati al day-hospital, nella comunicazione trasmessa alla Regione e alle ASL, moltiplicato per 1,7;

STABILITO che il tasso di occupazione giornaliero massimo per il ricovero ordinario deve essere calcolato, anche a fini di controllo, a partire dal 1999, non per singola specialità, ma per raggruppamenti di specialità (Medica, chirurgica compresa la chirurgia ginecologica, e ostetrica)

*"rimane invariato"*

RICONOSCIUTA la necessità di informare sistematicamente e periodicamente i soggetti erogatori sull'andamento delle prestazioni erogate nel corso dell'anno;

CONSIDERATO peraltro che appare necessario prevedere una possibile alternativa per i soggetti erogatori che non accettino il sistema sopraddelineato, a remunerazione scalare, per la parte di remunerazione delle attività destinate a soggetti residenti della Regione Lazio;

*"si modifica"*

RITENUTO che, per i soggetti erogatori di attività ospedaliera per acuti, l'alternativa sopraccitata consista nella opzione per un contratto che preveda, per il 1999, la remunerazione delle prestazioni in base alla tariffa della classe di appartenenza fino ad un tetto massimo di finanziamento pari al 90% della remunerazione complessiva di riferimento, Tetto Individuale di Remunerazione (TIR), e che le prestazioni remunerabili debbano comunque essere solo quelle identificate dai DRG previsti come effettuabili nella classe di appartenenza;

STABILITO che i Tetti Individuali di Remunerazione (TIR) per soggetti erogatori di attività di ricovero per acuti sono analiticamente descritti nell'All. 3.;

CONSIDERATO che, in base agli accordi intercorsi tra i soggetti erogatori già provvisoriamente accreditati per l'assistenza in lungodegenza e la Regione Lazio, è in corso un processo di riconversione delle strutture già provvisoriamente accreditate per la lungodegenza e che questo processo di riconversione ha già determinato alcuni atti di accreditamento provvisorio e condurrà in

**REGIONE LAZIO**

GIUNTA REGIONALE

segue: DELIBERAZIONE n. 2069 del 20 APR. 1999 Pag. n. 6

~~forma progressiva nel corso del 1999 e del 2000 a nuovi atti formali di accreditamento per~~  
Lungodegenza medica, Riabilitazione e RSA, quest'ultima distinta per livelli assistenziali;

PRESO ATTO di quanto concordato rispetto alle modalità di remunerazione dei posti letto nel percorso di riconversione e in attesa del nuovo accreditamento provvisorio e che cioè ad una parte esplicitamente definita di questi posti letto viene comunque garantita la tariffa corrispondente alla classe di RSA con minore impegno assistenziale come definita, per l'anno 1999, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97, mentre ad un'altra parte definita di questi posti letto viene garantita la diaria riconosciuta nel precedente regime di convenzione/accreditamento provvisorio;

PRESO ATTO altresì che per alcuni soggetti erogatori sono già stati accreditati provvisoriamente per attività di riabilitazione, Lungodegenza medica o RSA, quest'ultima distinta per livelli assistenziali

RITENUTO che, in presenza di questa fase di transizione, per i soggetti erogatori di attività di riabilitazione, lungodegenza medica e RSA, come per i soggetti che temporaneamente ancora svolgono un'attività ad esaurimento di lungodegenza debba comunque essere prevista un'alternativa alla remunerazione scalare che sia coerente con il rispetto degli impegni assunti negli accordi contratti con la regione;

RITENUTO che per i soggetti sopraindicati l'alternativa sopracitata consista nella opzione per un contratto che preveda, per il 1999, un tetto individuale di remunerazione pari alla somma dei seguenti addendi:

- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la riabilitazione per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accREDITAMENTO di riabilitazione per 0,95, per Lit. 390.000
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per ciascun livello di RSA per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accREDITAMENTO di RSA in ciascuno dei livelli, per 0,95 per la remunerazione giornaliera prevista per ciascuno dei livelli di RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la lungodegenza medica per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità del nuovo accREDITAMENTO di lungodegenza medica per 0,95, per Lit. 265.000
- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali;

RITENUTO che i budget attribuiti alle strutture per acuti che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo e che sono individuati, per ciascuna struttura, nell'All. 3., che rappresenta parte integrante della presente deliberazione, debbano essere sottratti dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento;



*[Handwritten signature]*

RITENUTO che i budget attribuiti alle strutture di lungodegenza, riabilitazione e RSA che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo, dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento esclusa la parte di budget determinata dalla somma dei seguenti addendi:

- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali

debbano essere sottratti dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento;

RITENUTO che formale accettazione del sistema tariffario scalare o della opzione alternativa prevista debba essere espressa nei termini previsti dall'All.4, che forma parte integrante della presente deliberazione, attraverso la sottoscrizione dell'opzione 1 (remunerazione scalare) o dell'opzione 2 (tetto individuale di remunerazione), a seconda della scelta effettuata;

Ritenuto di procedere, su richiesta dell'Assessore proponente, all'adozione del presente atto - visto l'art.4 c.3 della L.R. 21/93 -

all'unanimità

DELIBERA

*"si modifica"*

Di approvare le modifiche e integrazioni alla DGR 7423/98 in accoglimento dell'interlocuzione con le associazioni esponenziali di categoria sopracitate e conseguentemente di apportare al testo della DGR 7423/98 le modifiche qui evidenziate nonché di adeguare l'Allegato 1 alla DGR 7423/98 con l'Allegato 1 alla presente deliberazione che integra e sostituisce quello precedente e che, della presente deliberazione, costituisce parte integrante;

*"rimane invariato"*

Di stabilire l'entrata in vigore del sistema di remunerazione scalare con effetto dal 1.1.1999

Di approvare il quadro riassuntivo delle remunerazioni complessive di riferimento di ciascun soggetto erogatore di assistenza ospedaliera per acuti di cui all'All. 2., che forma parte integrante della presente deliberazione

*"si modifica"*

Di consentire ai soggetti erogatori di assistenza ospedaliera per acuti che non intendano accedere al sistema a remunerazione scalare di cui sopra, l'opzione per un rapporto contrattuale basato sulla remunerazione a tariffa delle attività, secondo le tariffe per classe di soggetto erogatore e tipologia assistenziale definite dalla presente deliberazione e riportate in premessa, fino ad un tetto massimo di remunerazione calcolato secondo i criteri esposti in premessa ed analiticamente quantificato per ciascun soggetto erogatore di assistenza per acuti, come da All. 3., che forma parte integrante della presente deliberazione.

*L*

L'ASSESSORE



L. PRESIDENTE

L. SEGRETARIO DELLA GIUNTA



**REGIONE LAZIO**

GIUNTA REGIONALE

segue: DELIBERAZIONE n. 2069 del 20 APR. 1999Pag. n. 5

~~Di consentire ai soggetti erogatori di riabilitazione, lungodegenza medica e RSA, che non intendano accedere al sistema a remunerazione scalare, l'opzione per un rapporto contrattuale basato sulla remunerazione a tariffa delle attività, secondo le tariffe per classe di soggetto erogatore e tipologia assistenziale definite dalla presente deliberazione e riportate in premessa, fino ad un tetto massimo di remunerazione calcolato secondo i criteri esposti in premessa e cioè pari alla somma dei seguenti addendi:~~

- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la riabilitazione per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accreditamento di riabilitazione per 0,95, per Lit. 390.000
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per ciascun livello di RSA per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità dell'accreditamento di RSA in ciascuno dei livelli, per 0,95, per la remunerazione giornaliera prevista per ciascuno dei livelli di RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto accreditati per la lungodegenza medica per il numero dei giorni dell'anno di effettiva validità del nuovo accreditamento di lungodegenza medica per 0,95, per Lit. 265.000
- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97
- il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali.

La decorrenza di questa opzione coinciderà con l'entrata in vigore del sistema di remunerazione scalare.

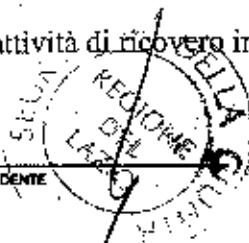
Di sottrarre i budget attribuiti alle strutture per acuti che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo e che sono individuati, per ciascuna struttura, nell'All. 3., che rappresenta parte integrante della presente deliberazione dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, distribuendo la riduzione tra i raggruppamenti di prestazioni in proporzione al peso di ciascun raggruppamento.

Di sottrarre i budget attribuiti alle strutture di lungodegenza, riabilitazione e RSA che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dal tetto individuale massimo, dal finanziamento previsto nell'All. 1. per la classe e la tipologia assistenziale di appartenenza, esclusa la parte di budget determinata dalla somma dei seguenti addendi:

- il prodotto del numero di posti letto operativamente destinati a RSA in base agli accordi regionali, ma non ancora formalmente accreditati, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva operatività per 0,95, per il valore minimo della remunerazione giornaliera prevista per la RSA, nella circolare attuativa n°13 del 10.4.1998, prot. 811/53-54, riferita alla DGR 2499/97

il prodotto del numero di posti letto transitoriamente utilizzati in base agli accordi regionali per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni, per il numero dei giorni dell'anno di effettiva utilizzazione per attività di lungodegenza secondo le preesistenti convenzioni per 0,95, per il valore della diaria giornaliera per ciascuna struttura prevista dai preesistenti accordi convenzionali.

Di ritenere condizioni sufficienti per l'avvio dell'attività di ricovero in day hospital:



**REGIONE LAZIO**

GIUNTA REGIONALE

segue: DELIBERAZIONE n. 2069 del 20 APR. 1999Pag. 3

la comunicazione alla Regione e alle Aziende sanitarie locali di ubicazione del numero di posti letto da destinare a questa attività, sottraendoli ai posti letto destinati al ricovero ordinario

- l'impegno a mantenere questa destinazione, in modo permanente, almeno fino al termine dell'anno, intendendosi questa destinazione automaticamente confermata all'inizio di ogni anno a meno che non intervenga ulteriore comunicazione di variazione da parte della struttura interessata.

Di riconoscere a tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati la possibilità di avviare immediatamente l'attività di ricovero in day-hospital, per le specialità accreditate e per un numero di accessi medi giornalieri non superiore al numero dei posti letto destinati al day-hospital, nella comunicazione trasmessa alla Regione e alle ASL, moltiplicato per 1,7;

Di stabilire che il tasso di occupazione giornaliero massimo per il ricovero ordinario deve essere calcolato, anche a fini di controllo, non per singola specialità, ma per raggruppamenti di specialità (Medica, chirurgica compresa la chirurgia ginecologica, e ostetrica)

Di dare mandato all'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute di pubblicare e di dare pubblicità al contenuto integrale del presente atto deliberativo, comprensivo degli Allegati n° 1., 2., 3. e 4., rendendola disponibile sul sito internet [www.ogr.org](http://www.ogr.org) ed inviandola a tutti i soggetti interessati entro 15 giorni dalla sua approvazione;

Di stabilire un termine di 15 (quindici) giorni dal ricevimento della comunicazione, come termine ultimativo per la manifestazione scritta da parte di ciascun soggetto della accettazione del sistema tariffario di cui all'All. 1. o dell'opzione di tetto massimo specificato in modo puntuale per le strutture di ricovero per acuti nell'All. 3. E descritto in modo dettagliato nella presente deliberazione per le strutture di riabilitazione lungodegenza e RSA.

Di stabilire come unica dichiarazione riconosciuta dell'avvenuta accettazione e della opzione tra remunerazione scalare e tetto individuale di remunerazione, una dichiarazione redatta utilizzando uno dei due modelli di cui all'All. 4., che forma parte integrante della presente deliberazione;

***"rimane invariato"***

Di stabilire l'automatica decadenza del rapporto di accreditamento in essere per i soggetti che non abbiano comunicato entro il termine ultimativo e nelle forme precedentemente indicate l'accettazione del sistema di remunerazione a tariffa scalare o l'opzione per il sistema a tetto massimo di remunerazione di cui alla presente deliberazione;

Di stabilire in Lit. 4.890 miliardi il limite massimo di disponibilità del fondo regionale per la remunerazione tariffaria delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, per lungodegenti e di RSA, comprensivo sia della parte di remunerazione regolata dal sistema a tariffe scalari che della parte regolata dalla definizione di tetti massimi di soggetto erogatore;

Di riconoscere ai soggetti erogatori, oltre a quelle definite al punto precedente, le remunerazioni aggiuntive extratariffarie previste dallo stesso All. 1. per attività diverse e dettagliatamente specificate nel medesimo allegato;

Di ammettere l'ingresso nel sistema di nuovi soggetti erogatori o il riconoscimento di ampliamenti e modificazioni dell'attività di soggetti già presenti, solo con cadenza annuale e comunque successivamente al primo anno di applicazione del sistema di remunerazione previsto dalla

presente deliberazione, con l'eccezione dei soggetti già accreditati per la lungodegenza che abbiano concordato la riconversione in riabilitazione e RSA

Di impegnare l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) a rendere pubblici, attraverso la loro disponibilità sul sito internet [www.oer.org](http://www.oer.org) e attraverso la pubblicazione su supplementi al periodico Progetto Salute, (art.8 L.R.9/79 recepito nella L.R. 8/91), ragguagli analitici sulle prestazioni erogate nel primo trimestre e primo semestre dell'anno per DRG e per classe e raffronti tra la quantità di queste prestazioni ed i volumi attesi, rispettivamente entro il 15/6/99 ed il 30/9/99

IL PRESIDENTE: F. DO' PIETRO BADALONI

IL SEGRETARIO: F. S. DO' SAVERIO GUCCIONE

22 APR. 1999



*H*

*Qu*

*bu*

**Deliberazione di Giunta Regionale:**  
**Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/1998 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale, a seguito di interlocuzione con le associazioni di categoria interessate**

**Allegato 4. Opzione 1**  
**Dichiarazione di accettazione del sistema di remunerazione scalare**

Dichiarazione A. Sistema a tariffe scalari

Il sottoscritto: .....

In qualità di legale rappresentante del/la .....  
(specificare la denominazione e la natura giuridica del soggetto: Azienda Sanitaria o struttura di ricovero)

Avendo preso visione della Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) "Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/1998 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale, a seguito di interlocuzione con le associazioni di categoria interessate" e di tutti gli allegati che ne costituiscono parte integrante, avendo, in particolare, preso visione dell'Allegato 1. che definisce le modalità di remunerazione scalare per le diverse aree assistenziali, dichiara:

- Di sciogliere la riserva espressa nella precedente dichiarazione formulata ai sensi della DGR 7423/98
- Di avere preso conoscenza delle garanzie e delle limitazioni previste dal sistema di remunerazione
- Di considerare adeguate le modalità di informazione previste dalla DGR
- Di accettare integralmente e definitivamente, dalla data del 1 gennaio 1999, il sistema di remunerazione a tariffe scalari previsto dalla medesima DGR e descritto analiticamente nell'Allegato 1. alla stessa.

Generalità, titolo, firma

*fr*

*ew*

**Deliberazione di Giunta Regionale:**

**Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/1998 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale, a seguito di interlocuzione con le associazioni di categoria interessate**

**Allegato 4. Opzione 2**

**Dichiarazione di accettazione del sistema di remunerazione a tetto massimo**

Dichiarazione B. Sistema a tetto massimo per soggetto

Il sottoscritto: .....

In qualità di legale rappresentante del/la .....  
(specificare la denominazione e la natura giuridica del soggetto: Azienda Sanitaria o struttura di ricovero)

Avendo preso visione della Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) "Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/1998 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale, a seguito di interlocuzione con le associazioni di categoria interessate" e di tutti gli allegati che ne costituiscono parte integrante, avendo, in particolare, preso visione:

- per l'assistenza per acuti, dell'Allegato 3, che definisce il/i tetto/i massimo/i di remunerazione per la/le struttura/e da me rappresentata/e
- per le altre forme di assistenza disciplinate dalla presente deliberazione, della descrizione delle modalità di calcolo presentate dettagliatamente dalla medesima deliberazione:
- Di sciogliere la riserva espressa nella precedente dichiarazione formulata ai sensi della DGR 7423/98
- Di avere preso conoscenza delle garanzie e delle limitazioni previste dal sistema di remunerazione
- Di considerare adeguate le modalità di informazione previste dalla DGR
- Di rinunciare al sistema di remunerazione a tariffe scalari
- Di riconoscere che il tetto massimo proposto è relativo esclusivamente al 1999
- Di optare e di accettare quindi integralmente, per l'anno 1999, dalla data del 1 gennaio 1999, il sistema di remunerazione a tetto massimo di struttura
- Di riconoscere che questa accettazione non rappresenta impegno per la Regione a garantire per il futuro analoga modalità di remunerazione.



Generalità, titolo, firma

*fw*



# REGIONE LAZIO

Assessorato

**Salvaguardia e Cura della Salute**

Prot. 57/1/

1152/458

12 APR. 1999

Roma, li .....

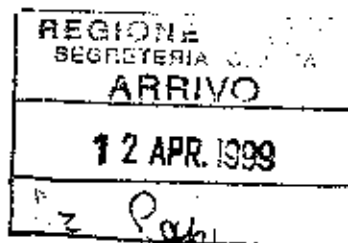
Alla Presidenza della Giunta

**Oggetto:** Approvazione definitiva DGR "Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 ....."

Si trasmette per la definitiva approvazione la Deliberazione : **"Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/98 recante norme sul sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale a seguito di interlocuzioni con associazioni di categoria interessate"**, già approvata dalla Giunta Regionale nella seduta del 15 marzo 1999 e sottoposta al parere della competente commissione consiliare con nota del 16 marzo, prot. 51721 della Presidenza della Giunta.

Si precisa che nel testo della deliberazione che viene trasmessa le parole : **" Di considerare espresse in modo chiaro le garanzie e le limitazioni"** nella seconda delle dichiarazioni previste per l'accettazione da parte dei soggetti erogatori nell'allegato 4 (Opzione 1 e Opzione 2) sono state sostituite, per mera correzione di errore materiale, dalle parole: **"Di avere preso conoscenza delle garanzie e delle limitazioni"**

Il Dirigente del Settore  
Dott. Carlo Saitto



ALLEG. alla DELIB. N. 2069  
DEL 20 APR 1999 *cur*<sup>1</sup>

**Deliberazione di Giunta Regionale:**

**Modifiche e integrazioni alla DGR 7423 del 22/12/1998 recante norme su sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale**

**Allegato 1.**

**Sistema di tariffe scalari delle attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale e finanziamento extratariffario**

**1. Premesse**

La presente normativa si basa sui seguenti principi generali:

**Classificazione dei soggetti erogatori**

Ciascuna struttura (provvisoriamente) accreditata con il SSR per le attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale è classificata sulla base delle capacità assistenziali e della complessità organizzativa.

Il criterio generale seguito nell'articolazione dei regimi tariffari per le differenti aree assistenziali è stato quello di riconoscere, nell'ambito dei vincoli imposti dalle normative nazionali, il diverso peso della casistica trattata, la diversa complessità organizzativa e la diversa capacità assistenziale delle strutture erogatrici, incentivando la massima possibile corrispondenza tra capacità assistenziale e complessità del "case mix".

La capacità assistenziale e la complessità organizzativa sono state valutate nelle differenti categorie assistenziali sulla base di indicatori derivati da caratteristiche strutturali e da caratteristiche funzionali, identificando classi di soggetti erogatori con profili operativi tali da comportare differenze nei costi di gestione e nella varietà, complessità e numero dei casi trattabili.

Nella classificazione dei soggetti erogatori non sono state prese in considerazione caratteristiche di tipo giuridico-amministrativo; inoltre, per le categorie assistenziali nelle quali si è proceduto alla programmazione della quantità di prestazioni erogabile da ciascuna classe di soggetto erogatore, sono stati definiti criteri preliminari che troveranno adeguato e dettagliato riscontro nel processo di accreditamento. In particolare sono state riconosciute a classi differenti di soggetti erogatori possibilità qualitative e quantitative differenti di trattamento.

I criteri specifici di classificazione dei soggetti erogatori si basano sugli elementi conoscitivi attualmente disponibili e potranno essere riconsiderati in futuro con la crescita del patrimonio informativo regionale, in ogni caso si considera comunque definitivo il criterio generale di adeguare le tariffe ai differenti livelli di capacità assistenziale

**Programmazione della quantità di prestazioni (QP)**

Il SSR, nell'esercizio della sua funzione di tutela della salute della popolazione, programma la quantità di prestazioni (QP) offerta alla popolazione. La determinazione della QP è specifica per classe di soggetti erogatori e per tipo di prestazione, quest'ultimo identificato da un singolo DRG o da raggruppamenti di DRG. Il processo di determinazione delle QP, che deve essere a regime interamente basato sulla stima dei bisogni di salute della popolazione e sulle conoscenze disponibili sull'efficacia dei trattamenti, è inizialmente sviluppato a partire dalla domanda espressa di prestazioni. Poiché la quantità complessiva di prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture provvisoriamente accreditate con il SSR è notoriamente eccedente rispetto agli standard formalmente definiti a livello nazionale, la stima effettuata sulla domanda espressa "storica"

*fe*

rappresenta certamente una sovrastima del complessivo fabbisogno di assistenza ospedaliera della popolazione nel Lazio. Viceversa, la distribuzione delle prestazioni per singola patologia e/o intervento, fortemente distorta dalla offerta strutturale, può in molti casi non rappresentare adeguatamente i bisogni della popolazione.

La determinazione della QP sarà quindi un processo dinamico che dovrà essere costantemente aggiornato sulla base dell'acquisizione di più valide conoscenze sui bisogni di salute della popolazione, sulla efficacia degli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione nonché sul rapporto tra il loro costo e la loro utilità.

In questo senso viene avviata la prima fase di un processo di **prioritarizzazione esplicita** delle prestazioni erogate a carico del SSN, iniziando anche ad introdurre una articolazione per gruppi di popolazione residente di alcune prestazioni, che mira a promuovere una maggiore equità nella accessibilità a prestazioni appropriate ed efficaci ed a ridurre l'offerta di prestazioni inappropriate e di efficacia non dimostrata.

### **Modulazione tariffaria**

Il sistema di remunerazione prospettica delle prestazioni viene esplicitamente utilizzato per promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'equità delle prestazioni, nell'ambito delle compatibilità economiche determinate dalle risorse disponibili. Nella consapevolezza che lo strumento tariffario costituisce solo uno delle possibili leve di intervento in questo senso e che deve essere accompagnato da altri interventi efficaci come ad esempio la diffusione di linee guida e la realizzazione del processo di accreditamento.

Ciascun soggetto erogatore viene quindi remunerato al valore massimo delle tariffe specifiche per classe e per tipo di prestazione solo quando l'insieme dei soggetti erogatori della classe produce una quantità di prestazioni specifiche per DRG corrispondente o inferiore alla QP programmata. Quando l'insieme dei soggetti erogatori della classe produce una quantità di prestazioni superiore alla QP specifica per classe e DRG, tutti i soggetti erogatori della classe vengono remunerati a tariffa modulata in modo tale che la spesa programmata per classe e prestazione non venga superata.

La programmazione della QP per DRG e per classe diviene uno strumento esplicito di prioritarizzazione, potendo incentivare prestazioni appropriate e di qualità e disincentivare prestazioni inappropriate ed inefficaci per le quali si determini un eccesso di offerta. La normativa introduce tuttavia strumenti di compensazione esplicita, per regolare la competizione tra soggetti erogatori, al fine di prevenire comportamenti opportunistici o la costituzione di posizioni dominanti.

### **Aree di assistenza**

La disciplina delle tariffe per le attività di assistenza ospedaliera e di assistenza sanitaria residenziale si articola nelle seguenti aree:

- Ricovero ordinario in acuzie
- Day Hospital in acuzie
- Prestazioni di P.S.
- Riabilitazione postacuzie ordinaria (in regime di ricovero e in Day Hospital)
- Riabilitazione postacuzie speciale e lungodegenza ad elevata intensità assistenziale (in regime di ricovero)
- Lungodegenza medica
- Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)

### **.2. Ricovero ordinario in acuzie**






**Criteri generali**

Si definiscono come ricoveri ordinari in acuzie le dimissioni ospedaliere con:

- codice della specialità di dimissione e della specialità di ricovero diversi da 60, 56, 28, 75.
- codice del tipo di ricovero diverso da 3

Per le attività di ricovero ordinario in acuzie la definizione delle classi di soggetti erogatori si basa sui seguenti criteri:

- a. livello di assistenza per l'emergenza-urgenza
- b. livello di assistenza perinatale
- c. n° di DRG compresi nella casistica delle dimissioni
- d. n° di specialità assistenziali, definite sulla base del DRG attribuito all'episodio di ricovero
- e. proporzione, sul totale delle dimissioni, di dimissioni spiegate dai 30 DRG più frequenti
- f. proporzione, sul totale delle dimissioni, di casi definiti "gravi" sulla base del DRG attribuito

Questi criteri sono stati tradotti in variabili obiettivamente definite (tabella I). Per ciascuna variabile sono stati quindi definiti valori o intervalli di variazione facendo sempre corrispondere al primo valore, o al primo intervallo, il livello di maggiore complessità assistenziale.

Tabella I Criteri, variabili, range dei valori e livello di complessità assistenziale

	Criterio	Variabile	Valore/Intervallo	Livello
a	Emergenza	Classe DEA (DGR 4238/97)	DEA di 2°	3
			DEA di 1°	2
			P.S.	1
			Non emergenza	0
b	Perinatale	Classe assistenza perinatale (DGR 4238/97)	3° livello	3
			2° livello	2
			1° livello	1
			Non classificata	0
c	n° DRG	n° di DRG diversi con più di 50 dimissioni nell'anno	>150	3
			[101 - 150]	2
			[51 - 100]	1
			≤50	0
d	n° Specialità	n° di specialità, definite in base al raggruppamento dei DRG di dimissione (cfr tab.II), attive nella struttura	>14	3
			[10 - 14]	2
			[5 - 9]	1
			≤4	0

bu

fe

e	Casistica	proporzione (%) del totale delle dimissioni che sono spiegate dai 30 DRG più frequenti	< 40	3
			[40 - 50)	2
			[50 - 60)	1
			≥60	0
f	Gravi	proporzione (%) del totale delle dimissioni considerate gravi sulla base del DRG attribuito (cfr. tab.III)	>3	3
			(2 - 3]	2
			(1 - 2]	1
			≤1	0

Per i soggetti erogatori ad indirizzo pediatrico, definiti come quelli per cui le dimissioni di pazienti di età inferiore ai 14 anni rappresentano oltre il 70% del totale, i sopraindicati criteri "c" ed "e" sono sostituiti dai seguenti "c1" ed "e1"

c1	n° DRG	n° di DRG diversi con più di 50 dimissioni nell'anno	> 120	3
			81 - 120	2
			41 - 80	1
			< 41	0
e1	Casistica	proporzione (%) del totale delle dimissioni che sono spiegate dai 20 DRG più frequenti	< 55	3
			[55 - 65)	2
			[65 - 75)	1
			≥ 75	0

Per quanto riguarda il punto d, dopo avere definito i gruppi di DRG che identificano le diverse specialità, sono state considerate attive in ogni struttura quelle specialità i cui DRG di identificazione (nel loro complesso) sono stati attribuiti ad almeno 200 dimissioni nell'anno.

Tab II Definizione delle specialità attive (almeno 200 casi, nell'anno, per l'insieme dei DRG che definiscono la specialità)

codice	specialità	DRG attribuiti (e criteri)
6	Cardiochirurgia pediatrica	103 - 112 (età<10 aa.)
7	Cardiochirurgia	103 - 112
8	Cardiologia	115 - 118, 121 - 145
9	Chirurgia generale	146 - 171, 191 - 201, 119, 257 - 262, 267, 303 - 315
11	Chirurgia pediatrica	(come Chirurgia generale, età<5 aa)
12	Chirurgia plastica	263 - 270, 439 - 440

6

sc

13	Chirurgia toracica	75 - 77
14	Chirurgia vascolare	110 - 114, 478 - 479
18	Ematologia	392 - 408, 481
19	Endocrinologia	294 - 301
24	HIV	488 - 490
26	Medicina generale	78 -102, 115 -118, 121 -145, 172 -184, 188 -190, 202 -208
29	Nefrologia	316 - 333, 346 - 352
30	Neurochirurgia	1 - 5, 7 - 8, 484
32	Neurologia	9 - 35
34	Oculistica	36 - 48
35	Odontoiatria	185 - 187
36	Ortopedia	209 - 256, 441 - 446, 471, 486 - 487
37	Ostetricia e Ginecologia	353 - 384
38	ORL	49 - 74
39	Pediatria	(come Medicina generale, età < 5)
43	Urologia	303 - 315, 334 - 345
52	Dermatologia	271 - 284, 266, 268
58	Gastroenterologia	172 - 184, 188 - 190, 202 - 208
62	Neonatologia	385 - 390
64	Oncologia	274 - 275, 318 - 319, 346 - 347, 400 - 414, 473, 492
68	Pneumologia	78 - 102
76	Neurochirurgia ped.	3 - 5, 7 - 8, 484 (età < 10 aa)
77	Nefrologia pediatrica	(come Nefrologia, età < 10 aa)
78	Urologia pediatrica	(come Urologia, età < 10 aa)
==	Trapianti	103, 302, 480

La frequenza relativa, nella casistica trattata, dei DRG riportati nella tabella III è stata assunta come indicatore, relativamente indipendente dalla qualità della codifica, della quota di pazienti assistiti la gravità delle cui condizioni ha richiesto un particolare impegno assistenziale. Ovviamente i DRG selezionati non esauriscono i casi definibili "gravi".

Tabella III DRG gravi

*Be* *fe*

DRG	tipo	descrizione
2	C	Craniotomia per trauma età>17
4	C	Interventi sul midollo spinale
10	M	Neoplasie s.n.c. con complicazioni
49	C	Interventi maggiori capo e collo
75	C	Interventi maggiori sul torace
78	M	Embolia polmonare
79	M	Infezioni e infiamm. resp. età>17 con complicazioni
83	M	Traumi maggiori del torace con complicazioni
87	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria
110	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con complicazioni
121	M	Infarto miocardico acuto con complicazioni dimesso vivo
124	M	Malattie cardiovascolari escluso IMA con cateterismo e diagnosi complicata
138	M	Aritmia e disturbi conduzione con complicazioni
174	M	Emorragia gastrointestinale con complicazioni
191	C	Interventi su pancreas e fegato con complicazioni
209	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti
353	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia e vulvectomia radicale
386	A	Neonati gravemente immaturi
403	M	Linfoma e leucemia non acuta con complicazioni
416	M	Setticemia età>17
417	M	Setticemia età<18
442	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con complicazioni
449	M	Avvelenamenti età>17 con complicazioni
451	M	Avvelenamenti età<18
475	M	Diagnosi apparato respiratorio con ventilazione assistita
478	C	Altri interventi vascolari con complicazioni

Sulla base dei criteri definiti e dei livelli attribuiti per ciascuno dei criteri sulla base delle informazioni raccolte dal Sistema Informativo Ospedaliero relativamente all'attività svolta nel 1997, i soggetti erogatori di assistenza ospedaliera per acuti sono stati classificati in 4 categorie di complessità assistenziale secondo lo schema riportato nella tabella IV

*Lu* *se*

Tabella IV Criteri di attribuzione della classe di complessità assistenziale

Classe di complessità assistenziale	Somma punteggi	Criteri con punteggio				Condizioni aggiuntive
		3	≥2	≥1	0	
1	>14	≥4	-	-	-	
2	>9	-	≥3	-	-	non classe 1
3	>5	-	-	≥3	-	non classe 1 o 2
4	-	-	-	-	-	non classe 1, 2 o 3

Per attribuire a ciascuna struttura la classe di complessità assistenziale si è in definitiva tenuto conto:

- della somma dei punteggi di livello assistenziale
- del punteggio di livello assistenziale raggiunto per ciascuno dei criteri considerati; ad esempio, la prima classe di complessità assistenziale (la più elevata) è stata attribuita alle strutture che avevano ottenuto un punteggio complessivo maggiore di 14 (">14" nella tabella) come somma di tutti i punteggi di livello e che avevano raggiunto il massimo punteggio di livello assistenziale (3) su almeno 4 dei 6 criteri considerati (nella tabella questa condizione è espressa da "≥4").

La distribuzione dei soggetti erogatori di assistenza per acuti tra le 4 classi di complessità è riepilogata nella tabella V.

Le classi di complessità dei soggetti erogatori di assistenza ospedaliera per acuti corrispondono, in primo luogo, a differenti classi tariffarie, secondo lo schema seguente:

Classe di complessità assistenziale	% tariffa massima nazionale (D.M. 30 giugno 1997)
1	100
2	90
3	85
4	80

Le classi di complessità assistenziale rappresentano inoltre la base per la distribuzione, tra i soggetti erogatori, delle quantità di prestazioni di assistenza ospedaliera considerate necessarie e comprese nei livelli minimi di assistenza (tab. VI).

Con successivi provvedimenti si provvederà ad aggiornare i criteri di classificazione dei soggetti erogatori e a riclassificare i soggetti stessi, anche sulla base dei dati di attività più aggiornati raccolti dal S.I.O.

#### **Determinazione della quantità' di prestazioni programmata**

La quantità di prestazioni (QP) programmata per il 1999 per ciascun DRG e per ciascuna classe è stata determinata sulla base:

- della domanda espressa di prestazioni ospedaliere nella popolazione del Lazio nel 1997
- delle evidenze scientifiche disponibili sulla appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni in rapporto alle caratteristiche dei servizi ed alla quantità di prestazioni erogate.

In particolare, tenendo conto:

- del numero totale di prestazioni di ricovero erogate nel 1997 a residenti nel Lazio

- della proporzione di ricoveri in Day Hospital
  - della proporzione di ricoveri ordinari con degenze di 0-1 giorno e di 2-3 giorni,
- è stata definita, per ogni DRG o raggruppamento di DRG, la QP attribuita a ciascuna classe di complessità assistenziale; a classi di più elevata complessità corrispondono proporzioni maggiori di prestazioni complesse.
- Con successivi provvedimenti si provvederà ad aggiornare la determinazione delle QP per DRG e per classe tenendo conto di nuove evidenze scientifiche sulla appropriatezza, efficacia, qualità e costi, provvedendo anche ad una progressiva maggiore articolazione delle QP per gruppi di popolazione.

### **Regole per la determinazione della remunerazione delle dimissioni ordinarie di pazienti acuti**

#### **Regola 1 Classi speciali**

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e le strutture che ospitano attività assistenziali universitarie, limitatamente a queste ultime, sono considerati come appartenenti alla classe tariffaria 2 (90% della tariffa nazionale) a meno che non sia stata loro attribuita una classe di complessità superiore (1).

Le strutture monospecialistiche, definite come quelle strutture con oltre il 50% delle dimissioni attribuibili ad una singola specialità secondo i criteri della tabella II, sono considerate come appartenenti alla classe tariffaria 3 (85% della tariffa nazionale), a meno che non sia stata loro attribuita una classe di complessità superiore (1 o 2).

Le strutture con una percentuale di DRG "gravi", come definiti nella tabella III, superiore al 90° percentile della distribuzione (pari, per il 1997, al 3.94%) sono considerate come appartenenti alla classe tariffaria 3 (85% della tariffa nazionale) a meno che non sia stata loro attribuita una classe di complessità superiore (1 o 2).

Il risultato dell'applicazione della regola 1 è riportato nell'ultima colonna della tabella V.

#### **Regola 2 Quantità di prestazioni programmate e modulazione tariffaria**

La definizione delle classi tariffarie e delle QP attese per i residenti per classe di complessità dei soggetti erogatori ha consentito di stabilire, per ogni prestazione o gruppo di prestazioni e per ogni classe di complessità, un valore atteso di spesa regionale (Tabella VI). Fino al raggiungimento delle QP attese la remunerazione di ciascuna prestazione sarà quella corrispondente alla classe tariffaria di appartenenza del soggetto erogatore. Se invece in una classe viene erogata una QP superiore a quella attesa, il valore atteso di spesa si dividerà per la QP effettivamente erogata ai residenti, determinando una remunerazione effettiva per prestazione che potrà essere inferiore a quella prevista dalla corrispondente classe tariffaria. A titolo esemplificativo, se per una classe tariffaria la QP attribuita ad un determinato DRG è il doppio di quella attesa, la remunerazione di ogni singola dimissione attribuita a quel DRG sarà pari, per tutti i soggetti erogatori inclusi in quella classe tariffaria, al 50% della remunerazione originariamente prevista.

In altri termini la remunerazione ( $R_{ij}$ ) di ogni dimissione attribuita al DRG  $i$  ed effettuata da un erogatore di complessità assistenziale  $j$  sarà calcolata secondo la formula:

$$R_{ij} = Tar_i \cdot C_j \cdot \min \left( 1 ; \frac{QPatt_{ij}}{QPoss_{ij}} \right)$$

e cioè sarà pari alla remunerazione corrispondente alla tariffa massima nazionale per quel DRG ( $Tar_i$ ) moltiplicata per il coefficiente di abbattimento relativo alla classe di complessità assistenziale ( $C_j$ ) e per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP attesa con quel DRG attribuita alla classe ( $QPatt_{ij}$ ), e la QP con quel DRG effettivamente osservata nella classe ( $QPoss_{ij}$ ).

L'obiettivo principale di questo meccanismo di remunerazione tariffaria è quello di:

- stabilire,
  - QP necessarie per i residenti,
  - QP coerenti con il livello assistenziale dei soggetti erogatori;
- definire in modo certo,
  - l'ammontare complessivo delle risorse economiche che si intendono destinare per specifiche prestazioni o gruppi di prestazioni a classi di soggetti erogatori di differente complessità
- utilizzare lo strumento tariffario per,
  - incentivare prestazioni giudicate utili ed appropriate per livello di complessità.

### **Regola 3 Scorrimento delle quantità programmate tra le classi**

Per le prestazioni attribuite a ciascuno dei DRG contenuti nella tabella XVI si applica la seguente regola di compensazione:

Qualora i soggetti erogatori di classe I erogino complessivamente nell'anno una quantità di prestazioni inferiore alla propria QP, la differenza tra tale QP e il numero di prestazioni erogate viene ridistribuita tra le classi inferiori (II, III e IV) che abbiano erogato un numero di prestazioni superiore alla propria QP, dando così luogo alla rideterminazione delle QP di tali classi. La redistribuzione tra le classi avviene proporzionalmente al numero di prestazioni erogate in eccesso rispetto alla QP e la sua entità è limitata dall'eventuale raggiungimento della quantità di prestazioni effettivamente erogate.

Qualora i soggetti erogatori di classe II erogino complessivamente nell'anno una quantità di prestazioni inferiore alla propria QP, la differenza tra tale QP e il numero di prestazioni erogate viene ridistribuita tra le classi inferiori (III e IV) che abbiano erogato un numero di prestazioni superiore alla propria QP (come eventualmente rideterminata in base alla prima redistribuzione), dando così luogo ad una eventuale ulteriore rideterminazione delle QP di tali classi. La redistribuzione tra le classi avviene proporzionalmente al numero di prestazioni erogate in eccesso rispetto alla QP (come eventualmente rideterminata in base alla prima redistribuzione) e la sua entità è limitata dall'eventuale raggiungimento della quantità di prestazioni effettivamente erogate.

Qualora i soggetti erogatori di classe III erogino complessivamente nell'anno una quantità di prestazioni inferiore alla propria QP, la differenza tra tale QP e il numero di prestazioni erogate viene attribuita alla classe IV se questa ha erogato un numero di prestazioni superiore alla propria QP (come eventualmente rideterminata in base alle precedenti redistribuzioni), dando così luogo ad una eventuale ulteriore rideterminazione della QP di tale classe. L'entità della riattribuzione è limitata dall'eventuale raggiungimento della quantità di prestazioni effettivamente erogate.

### **Regola 4 Effetti tariffari delle prestazioni erogate in regime di libera professione intra-moenia**

Per le prestazioni erogate in regime di libera professione intra-moenia, la remunerazione calcolata

*Lu*      *fe*

sulla base delle precedenti regole 1 e 2 viene abbattuta del 10%

**Regola 5 Compensazione per soggetto erogatore**

Si può determinare il caso che ad alcuni soggetti erogatori venga attribuita, sulla base delle regole 1, 2, 3 e 4 una remunerazione complessiva, per le prestazioni di ricovero ordinario erogate a residenti, superiore al 125% del valore teorico ottenuto applicando le tariffe nazionali di riferimento, gli abbattimenti per classe di complessità e la modulazione per volumi previste dalla regola 2, alle prestazioni dello stesso tipo erogate nel 1997 (remunerazione complessiva di riferimento). In questo caso la remunerazione effettivamente riconosciuta è pari al 125% del valore teorico 1997. L'importo costituito dal totale delle remunerazioni eccedenti il 125% del valore teorico 1997 ( $Ecc125$ ) viene ripartito tra i soggetti erogatori ai quali, sulla base delle regole 1, 2, 3 e 4 è stata riconosciuta una remunerazione inferiore al 100% del valore teorico 1997. La ripartizione viene fatta proporzionalmente al numero pesato delle dimissioni di residenti effettuate, secondo la formula:

$$Cmp_k = Ecc125 \cdot \frac{Nric_k \cdot Pmed_k}{\sum_k (Nric_k \cdot Pmed_k)}$$

in cui la compensazione per il soggetto erogatore  $k$  con remunerazione inferiore al 100% del valore teorico 1997 ( $Cmp_k$ ) è pari al totale delle remunerazioni eccedenti il 125% del valore teorico 1997 ( $Ecc125$ ), moltiplicato per un coefficiente dato dal prodotto tra il numero di dimissioni di residenti di quel soggetto erogatore ( $Nric_k$ ) e il loro peso medio ( $Pmed_k$ ), e diviso per la somma, su tutti i soggetti da compensare, dei coefficienti stessi.

In ogni caso a parità di prestazioni erogate nel 1999 rispetto a quelle erogate nel 1997 nessun soggetto erogatore percepirà una remunerazione inferiore al 75% della remunerazione complessiva di riferimento.

**Regola 6 Dimissioni di residenti in altre regioni**

Il calcolo condotto in base alle regole 2, 3, 4 e 5 serve a determinare la remunerazione delle dimissioni di residenti nel Lazio. A tale remunerazione viene aggiunta la remunerazione dei ricoveri di residenti in luoghi diversi dal Lazio, calcolata utilizzando per ciascuna dimissione la tariffa del relativo DRG aggiustata in base alla classe di complessità del soggetto erogatore, come eventualmente modificata in base alla regola 1, secondo la formula:

$$RNR_j = Tar_i \cdot C_j$$

in cui la remunerazione della dimissione di un non residente attribuita al DRG  $i$  ed effettuata da un erogatore di complessità assistenziale  $j$  ( $RNR_j$ ) sarà pari alla remunerazione corrispondente alla tariffa massima nazionale per quel DRG ( $Tar_i$ ) moltiplicata per il coefficiente di abbattimento relativo alla classe di complessità assistenziale ( $C_j$ ).

*Cu* *fe*



### Remunerazione extra-tariffaria

#### a. Prestazioni incentivate

Al fine di incentivare prestazioni di elevato impegno assistenziale e di dimostrata efficacia terapeutica si individuano, nella tabella VII, i DRG corrispondenti ed i criteri di remunerazione aggiuntiva per la loro effettuazione.

Tabella VII . DRG e calcolo degli incentivi per caso

DRG	Descrizione	Criteri			Incentivo per caso (milioni di lire)
		Classe istituto	n° casi /anno	decessi /casi	
2	Craniotomia età>17 per trauma	1 o 2	>60	<0,2	3
3	Craniotomia età<18	1 o 2	>60	<0,2	3
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	1 o 2	>250	<0,2	15
103	Trapianto cardiaco	1o IRCCS	>10	<0,3	10
302	Trapianto renale	1o IRCCS	>10	<0,1	10
458	Ustioni non est. con trapianto di pelle	1 o 2	>50	<0,1	3
472	Ustioni estese con intervento chir.	1 o 2	>10	<0,3	10
480	Trapianto di fegato	1o IRCCS	>5	<0,3	10
481	Trapianto di midollo osseo	1 o 2	>75	<0,2	10
ICD-9-CM 89.92-89.94	Prelievo cuore, cuore polmone, polmone	1 o 2	>0	-	10
ICD-9-CM 89.95	Prelievo fegato	1 o 2	>0	-	10
ICD-9-CM 89.97	Prelievo rene	1 o 2	>5	-	10
ICD-9-CM 89.91	Prelievo cornea	1-3	>30	-	1
ICD-9-CM 89.96	Prelievo pancreas	1-2	>0	-	10
ICD-9-CM 89.99	Accertamento morte cerebrale (L.578/93) senza prelievo di organi	1 o 2	>10	-	5
ICD-9-CM 96.83	Ventilazione meccanica non invasiva per almeno 96 ore	1 o 2	>20	-	5

In caso di prelievo d'organo la remunerazione viene riconosciuta alla struttura di prelievo, che

*Lu* *se*

deve provvedere alla remunerazione della *equipe* che direttamente lo effettua secondo i criteri che verranno successivamente specificati con provvedimento regionale

In caso di accertamento di morte la remunerazione viene riconosciuta alla struttura dove si svolge l'accertamento, prevedendo però anche la remunerazione separata del collegio, qualora sia esterno alla struttura, secondo i criteri che verranno successivamente specificati con provvedimento regionale.

b. Programmi speciali

i. Parto vaginale

Fermi restando i criteri di remunerazione delle prestazioni identificate dai DRG relativi al parto (370-375) si ritiene opportuno promuovere una riduzione nel ricorso al taglio cesareo che si distribuisca in modo omogeneo nelle diverse aree geografiche della regione. A questo fine sono state avviate:

- la elaborazione di linee guida, basate sulle evidenze scientifiche disponibili, sulle indicazioni al taglio cesareo
- la definizione delle modalità di introduzione delle linee guida nella pratica clinica
- la ricerca sulle modalità più efficaci di comunicazione delle linee guida ai medici non specialisti e al pubblico

In aggiunta a questa serie di interventi si è ritenuto di predisporre forme speciali di incentivazione al ricorso al parto vaginale che tengano conto della residenza delle partorienti.

In particolare viene attribuita per ciascun parto vaginale una remunerazione aggiuntiva, rispetto alla tariffa, di entità differente a seconda della proporzione di parti vaginali sul totale dei parti registrati nella popolazione residente in ciascuna ASL. L'entità della remunerazione aggiuntiva è indicata nello schema seguente:

Tabella VIII Parto vaginale

% parto vaginale su totale dei parti in residenti della ASL (per ASL di residenza esclusi ricoveri extra regione)	remunerazione aggiuntiva per ciascun parto vaginale (migliaia di Lit)
<72.0	0
72.0-73.9	250
74.0-77.9	300
78.0-81.9	350
82.0-86.0	400
>86.0	0

La remunerazione aggiuntiva così calcolata viene attribuita per il 50% alle strutture erogatrici regionali, in proporzione al numero di parti vaginali di pazienti residenti nella ASL per la quale si registra la proporzione indicata, e per il 50% direttamente alla ASL di residenza.

ii. Rivascolarizzazione coronarica

Fermi restando i criteri di remunerazione delle prestazioni identificate dai DRG relativi agli interventi di rivascolarizzazione coronarica (106, 107, 112) e considerata la considerevole variabilità osservata nella effettuazione di questa procedura a seconda della ASL di residenza,

*Lu*      *se*

si giudica necessario promuovere una distribuzione più omogenea di questa forma di trattamento tra le diverse aree geografiche della regione. A questo fine si è ritenuto di predisporre forme speciali di incentivazione al ricorso alla rivascolarizzazione coronarica che tengano conto della residenza dei pazienti.

In particolare, viene attribuita per ciascun intervento di rivascolarizzazione coronarica una remunerazione aggiuntiva, rispetto alla tariffa, di entità differente a seconda del rapporto tra interventi di rivascolarizzazione effettuati su residenti della ASL e infarti del miocardio in residenti della stessa ASL (dimissioni registrate dal S.I.O. rispettivamente per i DRG 106, 107 e 112 e per i DRG 121, 122, 123). L'entità della remunerazione aggiuntiva è indicata nello schema seguente:

Tabella IX. Rivascolarizzazione coronarica

% rivascolarizzazione/infarto acuto (106+107+112)/(121+122+123) (per ASL di residenza esclusi ricoveri extra regione)	remunerazione aggiuntiva per ciascun intervento di rivascolarizzazione (migliaia di Lit)
>40.0	0
35.0-39.9	1000
30.0-34.9	750
<30.0	0

La remunerazione aggiuntiva così calcolata viene attribuita per il 50% alle strutture erogatrici regionali, in proporzione al numero di interventi di rivascolarizzazione di pazienti residenti nella ASL per la quale si registra la proporzione indicata, e per il 50% direttamente alla ASL di residenza.

### iii. Impianto di protesi cocleare

Fino all'introduzione di un DRG specifico per questa prestazione si riconosce una remunerazione aggiuntiva di 35 milioni di Lire per gli episodi di ricovero caratterizzati dal DRG 49 recanti l'indicazione di una delle procedure identificate dai seguenti codici:

- 20.96 impianto o sostituzione di apparecchio protesico cocleare (impianto di ricevitore nel cranio cd inserzione di elettrodi nella coclea), NAS
- 20.97 come sopra, singolo canale
- 20.98 come sopra, canale multiplo

La remunerazione aggiuntiva è riconosciuta, per il 1999, unicamente ai Policlinici Universitari "Umberto I" e "A. Gemelli" per un massimo di 80 interventi tra le 2 strutture.

*cu*                      *se*

### **3. Day Hospital in acuzie**

#### **Criteri generali**

Si definiscono come ricoveri di Day Hospital in acuzie le dimissioni ospedaliere con

- codice della specialità di ricovero diverso da 60, 56, 28, 75.
- codice di tipo del ricovero = '3'

Al fine di incentivare l'uso appropriato del Day Hospital in alternativa al ricovero ordinario è necessario:

- definire gli episodi di ricovero e quindi i DRG per i quali è adottabile e remunerabile questa modalità di ricovero
- individuare le procedure diagnostiche o terapeutiche, erogate all'interno del ciclo di trattamento, che giustifichino e rendano remunerabile il ricorso al Day Hospital in alternativa ad altre tipologie assistenziali ed in particolare rispetto alla assistenza specialistica ambulatoriale.
- stabilire il rapporto tra l'attività svolta in regime di ricovero ordinario e attività svolta in Day Hospital.

Sulla base di queste valutazioni preliminari devono essere definite, in analogia con quanto descritto per il ricovero ordinario, le QP di Day Hospital attese e remunerabili per DRG. La remunerazione dei ricoveri in Day Hospital è indipendente dalla classe di complessità della struttura erogatrice.

Nella tabella X sono riportati i DRG per i quali è adottabile e remunerabile il Day Hospital. Come verrà ulteriormente specificato nelle regole di calcolo della remunerazione, si considerano per la remunerazione solo quegli episodi di ricovero in Day Hospital ai quali sia stato attribuito uno dei DRG compresi nell'elenco della tabella X.

Per i DRG chirurgici, non sono remunerabili come prestazioni di Day Hospital gli episodi di ricovero caratterizzati da meno di 3 accessi che eccedano, per ogni soggetto erogatore, su base trimestrale e in ordine cronologico di data di ricovero, il 15% del volume complessivo di dimissioni di Day Hospital con DRG chirurgico documentate al SIO.

Per i DRG non chirurgici, la remunerazione come Day Hospital è invece subordinata all'effettuazione di almeno una delle procedure elencate nella tabella XI.

Definiti questi criteri preliminari e tenendo conto:

- del totale delle prestazioni di ricovero erogate nel 1997 a residenti nel Lazio,
- della proporzione di ricoveri in Day Hospital,
- della proporzione di ricoveri ordinari di un giorno o fino a tre giorni di degenza,

è stata definita, per ogni DRG o raggruppamento di DRG, la QP di Day Hospital attesa per il 1999 e il corrispondente tetto di spesa regionale. La QP attesa è stata definita in termini di numero di dimissioni per i DRG chirurgici (Tabella XII.1) e in termini di numero di accessi per gli altri DRG (Tabella XII.2).

### **Regole per il calcolo della remunerazione delle dimissioni in Day Hospital di pazienti acuti**

#### **Regola 1 Ricoveri in Day Hospital che possono essere considerati per la remunerazione**

Si definiscono preliminarmente i seguenti criteri:

- accedono alla remunerazione come ricoveri in Day Hospital solo gli episodi di ricovero ai quali è stato attribuito uno dei DRG indicati nella tabella X.
- solo strutture ospedaliere per acuti possono erogare prestazioni di Day Hospital per acuti come identificate dai DRG elencati nella tabella X

- in caso di DRG non chirurgico, la remunerazione dell'episodio di ricovero come Day Hospital è subordinata alla indicazione tra le procedure diagnostiche e/o terapeutiche di almeno una delle procedure o gruppi di procedure indicati nella tabella XI
- in caso di DRG chirurgico e di numero di accessi inferiore a 3, la remunerazione è limitata agli episodi di ricovero che non eccedano, per ogni soggetto erogatore, su base trimestrale e in ordine cronologico di data di ricovero, il 15% del volume complessivo di dimissioni di Day Hospital con DRG chirurgico documentate al SIO

Come conseguenza dei criteri elencati si stabilisce che:

Le attività assistenziali che non rispondono ai requisiti descritti devono essere considerate attività di tipo ambulatoriale e documentate attraverso le procedure previste dal Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica ambulatoriale (SIAS).

Eventuale documentazione di queste attività mediante il SIO determinerà il rifiuto dei record e la loro conseguente esclusione dall'archivio delle dimissioni.

### **Regola 2 Quantità di prestazioni programmate e modulazione tariffaria per i DRG chirurgici**

Per ogni DRG chirurgico remunerabile in Day Hospital è stata definita (Tabella XII.1) una QP (in termini di numero di dimissioni) considerata necessaria per i residenti e un corrispondente valore atteso di spesa regionale. Fino al raggiungimento delle QP attese la remunerazione di ciascuna prestazione sarà quella corrispondente alla tariffa nazionale di riferimento (D.M. 30 giugno 1997). Se invece viene erogata una QP superiore a quella attesa, il valore atteso di spesa si dividerà per la QP effettivamente erogata ai residenti determinando una remunerazione effettiva per prestazione che potrà essere inferiore a quella corrispondente alla tariffa nazionale di riferimento. A titolo esemplificativo, se la QP attribuita ad un determinato DRG chirurgico è il doppio di quanto atteso, la remunerazione di ogni singola dimissione attribuita a quel DRG sarà pari, per tutti i soggetti erogatori, al 50% della remunerazione originariamente prevista.

In altri termini, la remunerazione ( $R_i$ ) di ogni dimissione in Day Hospital di un residente attribuita al DRG chirurgico  $i$  sarà calcolata secondo la formula:

$$R_i = Tar_i \cdot \min\left(1 ; \frac{QP_{att,i}}{QP_{oss,i}}\right)$$

e cioè sarà pari alla remunerazione calcolata in base alla tariffa nazionale di riferimento per quel DRG ( $Tar_i$ ) moltiplicata per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP attesa con quel DRG ( $QP_{att,i}$ ) e la QP con quel DRG effettivamente osservata ( $QP_{oss,i}$ ).

### **Regola 3 Quantità di prestazioni programmate e modulazione tariffaria per i DRG non chirurgici**

Per ogni DRG non chirurgico remunerabile in Day Hospital è stata definita (Tabella XII.2) una QP (in termini di numero di accessi) considerata necessaria per i residenti e un corrispondente valore atteso di spesa regionale. Fino al raggiungimento della QP attesa la remunerazione di ciascuna prestazione sarà quella corrispondente alla tariffa nazionale di riferimento (D.M. 30 giugno 1997). Se invece viene erogata una QP superiore a quella attesa, il valore atteso di spesa si dividerà per la QP effettivamente erogata ai residenti, determinando una remunerazione effettiva per dimissione che potrà essere inferiore a quella corrispondente alla tariffa nazionale di riferimento. A titolo esemplificativo, se la QP (numero di accessi) attribuita ad un determinato DRG non chirurgico è il doppio di quanto atteso, la remunerazione di ogni singola dimissione attribuita a quel DRG sarà pari, per tutti i soggetti erogatori, al 50% della remunerazione

cu

R

originariamente prevista.

In altri termini, la remunerazione ( $R_i$ ) di ogni dimissione in Day Hospital di un residente attribuita al DRG non chirurgico  $i$  sarà calcolata secondo la formula:

$$R_i = Tar_i \cdot \min\left(1 ; \frac{QPatt_i}{QPoss_i}\right)$$

e cioè sarà pari alla remunerazione calcolata in base alla tariffa nazionale di riferimento per quel DRG ( $Tar_i$ ) moltiplicata per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP (numero di accessi) attesa con quel DRG ( $QPatt_i$ ) e la QP con quel DRG effettivamente osservata ( $QPoss_i$ ).

L'obiettivo principale di questo meccanismo di remunerazione tariffaria è quello di:

- stabilire QP necessarie per i residenti,
- definire in modo certo l'ammontare complessivo delle risorse economiche che si intendono destinare per specifiche prestazioni o gruppi di prestazioni ai soggetti erogatori
- utilizzare lo strumento tariffario per incentivare prestazioni giudicate utili ed appropriate.

### **Regola 3 Accessi e Posti Letto**

Dopo aver calcolato, sulla base delle regole precedenti, la remunerazione di ciascun soggetto erogatore per le dimissioni in Day Hospital dei residenti nel Lazio, si definisce la remunerazione effettiva (sempre limitatamente ai residenti nel Lazio) tenendo conto del numero di posti letto di Day Hospital che risultano attivi presso la struttura in base alle informazioni regolarmente trasmesse al SIO. In particolare, accedono alla remunerazione come ricoveri in Day Hospital in ciascuna struttura solo un numero totale di accessi pari o inferiore al volume massimo di accessi erogabili, calcolato prevedendo 1.7 accessi giornalieri (inclusi i giorni festivi) per posto letto attivo e tenendo conto di eventuali variazioni temporali del numero di posti letto attivi. Nel caso in cui il numero di accessi sia superiore a questa soglia, la remunerazione totale calcolata deve essere abbattuta in misura corrispondente secondo la formula:

$$R_{eff} = R_{cal} \cdot \frac{\left( \sum_{g=1}^{365} PL_g \cdot 1.7 \right)}{Acc}$$

dove  $R_{eff}$  costituisce la remunerazione effettiva per le dimissioni di residenti,  $R_{cal}$  quella inizialmente calcolata,  $PL_g$  il numero di posti letto attivi nel  $g$ -esimo giorno dell'anno e  $Acc$  il numero totale (comprensivo anche dei residenti in altre regioni) di accessi documentati.

### **Regola 4 Dimissioni di residenti in altre regioni**

Il calcolo condotto in base alle regole 2 e 3 serve a determinare la remunerazione delle dimissioni in Day Hospital di residenti del Lazio. A tale remunerazione viene aggiunta la remunerazione dei ricoveri di residenti in luoghi diversi dal Lazio, calcolata utilizzando per ciascuna dimissione la tariffa del relativo DRG. Anche in tal caso viene applicato l'eventuale abbattimento per superamento del volume massimo di accessi erogabili (quest'ultimo calcolato prevedendo 1.7 accessi giornalieri per posto letto attivo e tenendo conto di eventuali variazioni temporali del

Cu                      R

numero di posti letto attivi). Nel caso che un soggetto erogatore abbia documentato un numero complessivo di accessi superiore a questa soglia, la remunerazione effettiva di quel soggetto erogatore per le dimissioni dei residenti in altre regioni è data dalla formula:

$$RNR_{eff} = RNR_{cal} \cdot \frac{\left( \sum_{g=1}^{365} PL_g \cdot 1.7 \right)}{Acc}$$

dove  $RNR_{eff}$  costituisce la remunerazione effettiva per le dimissioni di non residenti,  $RNR_{cal}$  quella inizialmente calcolata,  $PL_g$  il numero di posti letto attivi nel g-esimo giorno dell'anno e  $Acc$  il numero totale (comprensivo anche dei residenti nel Lazio) di accessi documentati



#### **4. Prestazioni di P.S.**

Con il mese di gennaio 1999 verrà avviato, in tutte le strutture di P.S. operanti nella Regione, il Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (S.I.E.S). Sulla base delle informazioni analitiche raccolte nel 1999 verranno definite le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di P.S. a partire dal 1/1/2000.

Per il 1999 le attività di P.S. verranno remunerate in base ai criteri ed alle condizioni e nei limiti di seguito specificati:

a. criteri

- finanziamento aggiuntivo per il P.S. sulla base dei costi sostenuti e analiticamente documentati

b. condizioni

- indicazione del numero delle prestazioni effettuate nel 1999 distinte per trimestre e per effettuazione o meno del ricovero
- avviamento del Sistema Informativo di P.S. documentato dall'assolvimento degli obblighi informativi previsti e relativi alla registrazione analitica di tutti gli accessi del 1999 inclusi nel numero complessivo di prestazioni effettuate

c. limiti

- il finanziamento totale per il P.S. non potrà comunque essere superiore al valore corrispondente a Lit. 500.000 per accesso di P.S.
- il numero di accessi in P.S. da prendere in considerazione per il calcolo del tetto massimo di finanziamento di cui al punto precedente non potrà essere superiore a cinque volte il numero delle dimissioni ordinarie di durata superiore a 2 giorni.





## 5. Riabilitazione postacuzie ordinaria (in regime di ricovero e di Day Hospital)

### Criteria generali

Si definiscono come ricoveri di riabilitazione postacuzie ordinaria le dimissioni ospedaliere con:

- codice della specialità di ricovero e codice della specialità di dimissione uguali a 56, 28 o 75, anche in caso di reparto di ricovero diverso da quello di dimissione
- codice del tipo di ricovero uguale a 3, oppure codice del tipo di ricovero diverso da 3 e DRG, diagnosi principale e procedura diversi da quelli inclusi nelle tabelle XIII.1, XIII.2, XIII.3, che definiscono la Riabilitazione speciale

Tabella XIII.1 Criteri di definizione della "Riabilitazione speciale" - DRG

DRG	Descrizione
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
16	Malattie cerebro-vascolari aspecifiche con cc
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica
27	Stato stuporoso e coma di origine traumatica , coma > 1 ora
34	Altre malattie del sistema nervoso centrale, con cc
457	Ustioni estese senza intervento chirurgico
475	Diagnosi relative all'app. respiratorio con respirazione assistita
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei
487	Altri traumatismi multipli rilevanti

Tab XIII. 2 Criteri di definizione della "Riabilitazione speciale" - Diagnosi Principale (si utilizza come criterio la Diagnosi principale solo sui casi non selezionati in base al DRG)

ICD-9	Descrizione
310.0-310.8	Disturbi psichici specifici consecutivi a lesione organica dell'encefalo
342.0-342.1	Emiplegia
344.0-344.9	Sindromi paralitiche
348.1	Lesione anossica encefalo
359.0-359.9	Distrofie muscolari
907.0	Postumi di traumatismi intracranici
907.2	Postumi di traumatismi del midollo spinale

Tabella XIII.3 Criteri di definizione della "Riabilitazione speciale" - Procedura principale o

*Lu* *Sc*

secondaria (si utilizza come criterio la procedura solo sui casi non selezionati in base al DRG o alla Diagnosi principale)

ICD-9-CM	Descrizione
96.72	Ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più
96.83	Ventilazione meccanica non invasiva per 96 ore consecutive o più

Si è ritenuto opportuno escludere dalla riabilitazione ordinaria, differenziandone le tariffe, tutti i casi di riabilitazione che presentino elementi di particolare gravità o complessità assistenziale. I criteri adottati per identificare questi casi, che sono stati considerati con la denominazione di "Riabilitazione speciale", si basano sulle informazioni rese attualmente disponibili, in modo sistematico, dal Sistema Informativo Ospedaliero. Revisioni di questi criteri potranno essere adottate non appena saranno disponibili informazioni aggiuntive di maggiore dettaglio e rilevanza clinica sui casi trattati nelle strutture riabilitative.

Con l'eccezione dunque della riabilitazione speciale (che può essere erogata solo in regime di ricovero) si stabiliscono due categorie di assistenza riabilitativa:

- Riabilitazione ordinaria in regime di ricovero
- Riabilitazione ordinaria in Day-Hospital

All'interno di criteri omogenei di valorizzazione di questi tipi di ricovero le modalità di tariffazione tengono conto delle QP riabilitative attese per tipo di ricovero e Categoria Diagnostica Principale (MDC) e della classe funzionale del soggetto erogatore.

#### **Classificazione dei soggetti erogatori**

Per entrambe le categorie di assistenza, le strutture accreditate per prestazioni di riabilitazione postacuzie ordinaria vengono distinte ai fini tariffari in due classi funzionali, in base alla relazione operativa da esse stabilita con le strutture per acuti:

Classe A: Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico  
 Strutture dedicate di riabilitazione dei DEA di 1° e 2° livello  
 Strutture di riabilitazione convenzionate e funzionalmente integrate con strutture per acuti

Classe B: Altre strutture di riabilitazione

Le strutture di riabilitazione per accedere alla classe A devono stabilire accordi convenzionali con strutture di riferimento per acuti e destinare, in sede di convenzione, un numero definito di posti letto all'accettazione esclusiva di pazienti subacuti provenienti dalle strutture per acuti di riferimento. Il numero di posti letto di riabilitazione convenzionati con una struttura per acuti non può essere superiore al 10% del numero totale di posti letto destinati all'acuzie nella struttura per acuti

La tariffa di riferimento delle strutture di classe A è quella massima nazionale (D.M. 30 giugno 1997), la tariffa di riferimento per le strutture di classe B è pari all'80% della tariffa massima nazionale.

### Regole per il calcolo della remunerazione delle dimissioni di riabilitazione ordinaria in regime di ricovero e di Day Hospital

#### Regola 1 Quantità di prestazioni programmate e modulazione tariffaria per tipo di ricovero, MDC ed intervallo di degenza

Relativamente alle prestazioni di riabilitazione ordinaria in regime di ricovero, la QP complessivamente attesa (in termini di giornate di degenza in episodi di ricovero con dimissione nell'anno) è data dalla formula seguente:

$$QP = \left( \sum_{g=1}^{365} PLRR_g \right) \cdot 0.85 \cdot 0.95$$

dove  $PLRR_g$  è il numero di posti letto effettivamente accreditati per la riabilitazione in regime di ricovero nel g-esimo giorno dell'anno, dei quali l'85% si intendono utilizzati per la riabilitazione ordinaria (il rimanente 15% è riservato alla riabilitazione speciale) con un indice di occupazione del 95%.

Nella tabella XIV.1 viene indicata, per ciascuna delle MDC e per ciascun intervallo di degenza, la percentuale di giornate di riabilitazione ordinaria in regime di ricovero attesa per il 1999.

Tabella XIV.1 Riabilitazione ordinaria in regime di ricovero. QP% (percentuale di giornate di degenza) attesa per MDC e intervallo di degenza

MDC	Descrizione	Intervallo di degenza			Totale % di gg attese
		≤ 60gg. (% di gg attese)	61 - 100 gg. (% di gg attese)	>100 gg. (% di gg attese)	
1	Sistema Nervoso	32.64	3.88	1.08	37.6
4	Apparato respiratorio	1.64	0.03	0.03	1.7
5	Apparato cardiocircolatorio	2.72	0.07	0.01	2.8
8	Sistema osteomuscolare	41.16	1.56	0.28	43
Altre	Altro	13.34	0.86	0.7	14.9
<b>Totale</b>		<b>91.5</b>	<b>6.4</b>	<b>2.1</b>	<b>100</b>

Per ogni MDC e per ogni intervallo di degenza, la QP di riabilitazione ordinaria in regime di ricovero attesa è data dalla moltiplicazione della QP complessiva per la corrispondente percentuale riportata nella tabella XIV.1.

Analogamente, per quanto riguarda le prestazioni di riabilitazione ordinaria in Day Hospital, la QP complessivamente attesa (in termini di accessi in episodi di ricovero con dimissione nell'anno) è data dalla formula seguente:

*cu* *sk*

$$QP = \left( \sum_{g=1}^{365} PLRD_g \right) \cdot 1.7$$

dove  $PLRD_g$  è il numero di posti letto effettivamente accreditati per la riabilitazione in Day Hospital nel g-esimo giorno dell'anno e il volume massimo di accessi erogabili è calcolato prevedendo, come per l'assistenza agli acuti, 1.7 accessi giornalieri per posto letto attivo.

Nella tabella XIV.2 viene indicata, per ciascuna delle MDC e per ciascun intervallo di durata del ciclo, la percentuale di accessi in Day Hospital per riabilitazione ordinaria attesa per il 1999.

Tabella XIV.2 Riabilitazione ordinaria in Day Hospital. QP% (percentuale di accessi) attesa per MDC e intervallo di durata del ciclo

MDC	Descrizione	Intervallo di durata del ciclo		Totale gg. attese x 1000
		≤60 gg. (gg attese x 1000)	>60 gg. (gg attese x 1000)	
1	Sistema Nervoso	19.4	0.6	20
4	Apparato respiratorio	9.8	0.2	10
5	Apparato cardiocircolatorio	3.8	0.2	4
8	Sistema osteomuscolare	50.4	0.6	51
Altre	Altro	14.6	0.4	15
<b>Totale</b>		<b>98</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Per ogni MDC e per ogni intervallo di durata del ciclo, la QP di riabilitazione ordinaria in Day Hospital attesa è data dalla moltiplicazione della QP complessiva per la corrispondente percentuale riportata nella tabella XIV.2.

All'interno delle QP di riabilitazione ordinaria attese per ciascun tipo di ricovero (ordinario, Day Hospital), per ogni MDC e per ogni intervallo di degenza (o di durata del ciclo) la remunerazione di ciascuna prestazione è quella corrispondente alla classe tariffaria di appartenenza del soggetto erogatore. Se per una combinazione di tipo di ricovero, MDC e intervallo di degenza viene erogata ai dimessi una QP superiore a quella attesa, la remunerazione di ciascuna giornata sarà opportunamente ridotta, secondo la formula seguente:

$$R_{ijk} = Tar_j \cdot C_c \cdot \min \left( 1 ; \frac{QP_{att_{ijk}}}{QP_{poss_{ijk}}} \right)$$

dove la remunerazione effettivamente dovuta per una giornata di riabilitazione ordinaria erogata a un paziente dimesso da un soggetto di classe  $c$  in regime di ricovero  $i$ , nell'intervallo di degenza  $k$  ed attribuita alla MDC  $j$  sarà pari alla tariffa nazionale di riferimento per quella MDC, aggiustata in base alla classe di appartenenza del soggetto erogatore e moltiplicata per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP di quel tipo attesa e la QP dello stesso tipo effettivamente erogata.

*Cu* *R*

La remunerazione complessiva di ciascun soggetto erogatore per le prestazioni di riabilitazione ordinaria sarà data dalla somma dei ricavi per le diverse tipologie di giornate calcolati secondo quanto sopra indicato.

**Regola 2 Effetti tariffari delle prestazioni erogate in regime libero professionale**

Alla remunerazione complessiva di ogni soggetto erogatore, calcolata sulla base della regola precedente, deve essere sottratto il 10% del ricavo effettivo attribuito alle dimissioni in libera professione .

*cu*

*Ac*

## 6. Riabilitazione speciale e lungodegenza ad elevata intensità assistenziale

### Criteri generali

Si definiscono come ricoveri di Riabilitazione speciale le dimissioni ospedaliere per le quali:

- il codice della specialità di ricovero e il codice della specialità di dimissione sono uguali a 56, 28, 75, anche in caso di reparto di ricovero diverso da quello di dimissione, oppure il codice della specialità di ricovero e di dimissione è uguale a 60 e il ricovero è iniziato dopo il 31 dicembre 1998
- sono soddisfatti i criteri definiti nelle tabelle XIII.1, XIII.2 e XIII.3
- il ricovero **non** si è svolto in Day Hospital (i ricoveri di Day Hospital che soddisfano i criteri delle tabelle XIII vanno comunque considerati ricoveri di riabilitazione ordinaria e non ricoveri di riabilitazione speciale)

Per la riabilitazione speciale non sono ammesse né remunerate ad alcun titolo dimissioni in attività libero-professionale.

### Classificazione dei soggetti erogatori

Le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione speciale vengono distinte ai fini tariffari in due classi:

Classe A: Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico  
Strutture destinate alla riabilitazione speciale dal piano delle attività di riabilitazione della programmazione regionale o specificamente autorizzate dalla programmazione regionale in difformità al piano

Classe B: Altre strutture di riabilitazione

La tariffa di riferimento delle strutture di classe A è quella massima nazionale prevista per la MDC 1, la tariffa di riferimento per le strutture di classe B è pari al 60% della tariffa massima nazionale prevista per la MDC 1 (D.M. 30 giugno 1997).

### Regole per il calcolo della remunerazione delle dimissioni di riabilitazione speciale

#### Regola 1 Quantità di prestazioni programmate e modulazione tariffaria per raggruppamento di casi

Relativamente alle prestazioni di riabilitazione speciale, la QP complessivamente attesa (in termini di giornate di degenza in episodi di ricovero con dimissione nell'anno) è data dalla formula seguente:

$$QP = \left( \sum_{g=1}^{365} PLRR_g + PLLM_g \right) \cdot 0,15 \cdot 0,95$$

dove  $PLRR_g$  e  $PLLM_g$  sono, rispettivamente, il numero di posti letto effettivamente accreditati per la riabilitazione in regime di ricovero e il numero di posti letto effettivamente accreditati per lungodegenza medica nel g-esimo giorno dell'anno, dei quali il 15% si intendono utilizzati per la riabilitazione speciale (il rimanente 85% è riservato, rispettivamente alla riabilitazione ordinaria e alla lungodegenza medica) con un indice di occupazione del 95%.

Nella tabella XV viene indicata, per ciascuno dei raggruppamenti di casi identificati in base ai




criteri delle tabelle XIII, la percentuale di giornate di riabilitazione speciale attesa per il 1999.

Tabella XV Riabilitazione speciale. QP% (percentuale di giornate di degenza) attesa per raggruppamento di casi

Gruppo di casi	Descrizione	% di giornate attese
DRG 9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	38.5
DRG 13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	11.3
DRG 16	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con cc	3.1
DRG 23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	0.8
DRG 27-30	Stato stuporoso e coma di origine traum.	7.7
DRG 34	Altre malattie del sistema nervoso centrale, con cc	9.2
DRG 457	Ustioni estese senza intervento chirurgico	0.2
DRG 475	Diagnosi relative all'app. resp. con respirazione assistita	0.4
DRG 483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	0.8
DRG 487	Altri traumatismi multipli rilevanti	1.2
* ICD-9 310.0-310.2	Disturbi psichici specifici conseguenti a lesione organica dell'encefalo	26.8
* ICD-9 342.0-342.1	Emiplegia	
* ICD-9 344.0-344.9	Sindromi paralitiche	
* ICD-9 348.1	Lesione anossica encefalo	
* ICD-9 359.0-359.9	Distrofie muscolari	
* ICD-9 907.0	Postumi di traumatismi intracranici	
* ICD-9 907.2	Postumi di traumatismi del midollo spinale	
§ ICD-9 - CM 96.72	Ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più	
§ ICD-9 - CM 96.83	Ventilazione meccanica non invasiva > 96 ore consecutive	
<b>Totale</b>		

\*solo sui casi non selezionati in base al DRG

§solo sui casi non selezionati in base al DRG o alla Diagnosi principale

Per ogni raggruppamento di casi, la QP di riabilitazione speciale attesa è data dalla moltiplicazione della QP complessiva per la corrispondente percentuale riportata nella tabella XV.

All'interno delle QP di riabilitazione speciale attese per ciascun raggruppamento di casi la remunerazione di ciascuna prestazione è quella corrispondente alla classe tariffaria di appartenenza del soggetto erogatore. Se per un raggruppamento di casi viene erogata ai pazienti

*Cu*                      *Sc*

dimessi una QP superiore a quella attesa la remunerazione di ciascuna giornata sarà opportunamente ridotta, secondo la formula seguente:

$$R_{jc} = Tar \cdot C_c \cdot \min \left( 1 ; \frac{QP_{att_j}}{QP_{oss_j}} \right)$$

dove la remunerazione effettivamente dovuta per una giornata di riabilitazione speciale erogata a un paziente dimesso da un soggetto di classe  $c$  ed attribuita al raggruppamento di casi  $j$  sarà pari alla tariffa nazionale di riferimento per la MDC 1, aggiustata in base alla classe di appartenenza del soggetto erogatore e moltiplicata per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP attesa in quel raggruppamento di casi e la QP dello stesso tipo effettivamente erogata.

La remunerazione complessiva di ciascun soggetto erogatore per le prestazioni di riabilitazione speciale sarà data dalla somma dei ricavi per i diversi raggruppamenti di casi, calcolati secondo quanto sopra indicato.





## 7. Lungodegenza Medica

### Criteri generali

Si definiscono come ricoveri di lungodegenza medica le dimissioni ospedaliere per le quali:

- il codice della specialità di ricovero e il codice della specialità di dimissione sono uguali a 60
- **non** sono soddisfatti i criteri definiti nelle tabelle XIII (1, 2 e 3), **oppure** il ricovero è iniziato prima del 1 gennaio 1999
- il ricovero **non** si è svolto in Day Hospital

### Classificazione dei soggetti erogatori

Le strutture che erogano prestazioni di lungodegenza medica vengono distinte ai fini tariffari in due classi:

Classe A: Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico  
Strutture inserite, collegate o convenzionate con strutture di ricovero per acuti

Classe B: Altre strutture di lungodegenza medica

La tariffa di riferimento delle strutture di classe A è quella massima nazionale prevista per la lungodegenza (D.M. 30 giugno 1997), la tariffa di riferimento per le strutture di classe B è pari all'80% della tariffa massima nazionale prevista per la lungodegenza.

La tariffa giornaliera di riferimento della lungodegenza medica non si modifica in ragione della durata della degenza ed è perciò sempre quella relativa alla classe.

### Regole per il calcolo delle tariffe sulle dimissioni di lungodegenza medica

#### Regola 1 Quantità di prestazioni programmate e modulazione tariffaria

Relativamente alle prestazioni di lungodegenza medica, la QP attesa (in termini di giornate di degenza in episodi di ricovero con dimissione nell'anno) è data dalla formula seguente:

$$QP = \left( \sum_{g=1}^{365} PLLM_g \right) \cdot 0.95 \cdot 0.85$$

dove  $PLLM_g$  è il numero di posti letto effettivamente accreditati per la lungodegenza medica nel g-esimo giorno dell'anno, dei quali l'85% si intendono utilizzati per la lungodegenza medica (il rimanente 15% è riservato alla riabilitazione speciale) con un indice di occupazione del 95%.

All'interno della QP attesa la remunerazione di ciascuna prestazione è quella corrispondente alla classe tariffaria di appartenenza del soggetto erogatore. Se viene erogata una QP superiore a quella attesa la remunerazione di ciascuna giornata sarà opportunamente ridotta, secondo la formula:

$$R_e = Tar \cdot C_e \cdot \min \left( 1 ; \frac{QP_{att}}{QP_{oss}} \right)$$

a                      h

dove la remunerazione effettivamente dovuta per una giornata di lungodegenza medica erogata a un paziente dimesso da un soggetto di classe  $c$  sarà pari alla tariffa nazionale di riferimento aggiustata in base alla classe di appartenenza del soggetto erogatore e moltiplicata per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP di lungodegenza medica attesa e la QP dello stesso tipo effettivamente erogata.



## 8. Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)

### **Criteri generali**

Sono definite come degenze di RSA le degenze che si svolgono nelle strutture accreditate per tale modalità di assistenza residenziale.

La remunerazione non viene valorizzata alla dimissione ma trimestralmente sulla base della somma delle giornate di degenza erogate nel trimestre.

### **Regole per il calcolo delle tariffe sulle presenze in Strutture Residenziali**

**Regola 1** Quantità di prestazioni programmate e modulazione tariffaria per classe residenziale  
Per ogni trimestre e per ogni classe residenziale (minima, media ed elevata intensità) la QP (in termini di giornate di degenza erogate) attesa e remunerabile è data dalla formula seguente:

$$QP_{ij} = \left( \sum_{g=1}^{T_i} PLRSA_{jg} \right) \cdot 0.95$$

dove  $T_i$  è il numero di giorni del trimestre  $i$  e  $PLRSA_{jg}$  è il numero di posti letto effettivamente accreditati per RSA di classe  $j$  nel  $g$ -esimo giorno del trimestre, con un indice di occupazione del 95%.

Per ogni trimestre e per ogni classe residenziale, all'interno delle QP attese la remunerazione di ciascuna giornata di degenza è quella corrispondente alla classe residenziale di erogazione. Se per un trimestre e una classe residenziale viene erogata una QP superiore a quella attesa la remunerazione di ciascuna giornata sarà opportunamente ridotta, secondo la formula seguente:

$$R_{ij} = Tar_j \cdot \min \left( 1 ; \frac{QP_{att_{ij}}}{QP_{oss_{ij}}} \right)$$

dove la remunerazione effettivamente dovuta per una giornata di degenza di classe residenziale  $j$  erogata nel trimestre  $i$  sarà pari alla tariffa regionale prevista per quella classe residenziale moltiplicata per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP attesa per quella classe residenziale e quel trimestre e la QP dello stesso tipo effettivamente erogata.

La remunerazione trimestrale complessiva di ciascun soggetto erogatore per le prestazioni di RSA sarà data dalla somma dei ricavi per le giornate erogate calcolati secondo quanto sopra indicato.

*Cu* *fe*

DEL 20 APR. 1999

Allegato 2

Remunerazione complessiva di riferimento (RCR) per soggetto erogatore.

Ricoveri per acuti - Regime ordinario - Residenti nel Lazio

COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR
901	2	Azienda San Camillo	Roma	255 058 141
902	2	Azienda San Giovanni	Roma	136 590 552
903	2	Azienda San Filippo Neri	Roma	123 299 044
904	4	IRCCS Bambino Gesù	Roma	78 114 415
905	3	Azienda Universitaria Pol. Gemelli	Roma	245 617 397
906	3	Azienda Universitaria Pol. Umberto I	Roma	259 071 241
A03	1	Polo Osped. S. Eugenio - CTO	Roma	142 428 663
<b>Classe 1</b>				<b>1 240 179 454</b>
19	1	San Camillo de Lellis	Rieti	60 353 347
26	1	Santo Spirito	Roma	30 845 545
47	1	San Sebastiano Martire	Frascati	26 961 870
53	1	San Giovanni Evangelista	Tivoli	43 366 609
61	1	Giovanni Battista Grassi	Roma	46 966 088
71	5	Villa San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	70 487 188
72	6	San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli	Roma	69 989 213
76	5	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San C	Roma	39 345 565
165	1	Policlinico Casilino	Roma	32 795 264
173	3	European Hospital (Tor Vergata)	Roma	21 486 045
200	1	Santa Maria Goretti	Latina	69 359 076
216	1	Umberto I	Frosinone	68 782 149
246	3	Calvary Hospital (Tor Vergata)	Roma	773 338
267	1	Sandro Pertini	Roma	55 877 844
271	1	Belcolle	Viterbo	50 943 331
911	4	IRCCS I.D.I.	Roma	45 609 980
912	4	IRCCS I.N.R.C.A.	Roma	7 834 478
915	3	Azienda Univ. Campus Biomedico	Roma	15 475 942
918	4	IRCCS Lazzaro Spallanzani	Roma	16 351 108
IFO	4	Istituti Fisioterapici Ospedalieri	Roma	42 936 880
<b>Classe 2</b>				<b>816 540 858</b>
4	1	Ospedale Civile	Montefiascone	15 601 951
7	1	Ospedale Civile	Tarquinia	15 954 614
27	1	San Giacomo	Roma	34 591 838
30	1	Regionale Oftalmico	Roma	7 279 659
34	1	George Eastman	Roma	5 688 949
35	1	Istituto Materno Regina Elena	Roma	3 077 075
44	1	San Giuseppe	Albano Laziale	13 414 370
45	1	San Paolo	Civitavecchia	29 642 382
46	1	Parodi Delfino	Colleferro	27 545 634
48	1	San Giuseppe	Marino	25 109 366
51	1	Coniugi Bernardini	Palestrina	13 395 401
52	1	Angelucci	Subiaco	13 113 041
54	1	Ospedale Civile	Velletri	25 865 935
55	1	Luigi Spolverini	Ariccia	4 708 032
64	1	Antonio e Carlo Cartoni	Rocca Priora	9 792 257
70	5	Regina Apostolorum	Albano Laziale	31 909 887
73	5	San Carlo di Nancy	Roma	29 969 385
82	7	Villa delle Querce	Nemi	1 042 523

**Remunerazione complessiva di riferimento (RCR) per soggetto erogatore.  
 Ricoveri per acuti - Regime ordinario - Residenti nel Lazio**

COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR
84	7	Villa Tiberia	Roma	16 415 479
115	7	Santa Famiglia	Roma	8 224 543
143	7	Concordia Hospital	Roma	4 496 323
163	7	San Feliciano	Roma	8 433 913
166	7	Nuova Ilor	Roma	17 373 534
180	7	Aurelia Hospital	Roma	38 124 241
185	1	Villa Betania	Roma	14 267 171
196	7	Madonna della Letizia	Velletri	6 387 551
206	1	Dono Svizzero	Formia	30 017 114
208	1	Ospedale Civile	Gaeta	14 934 747
212	7	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologi	Latina	29 176 336
215	7	Città di Aprilia	Aprilia	18 876 343
218	1	Ospedale Civile	Anagni	17 853 274
226	1	Santissima Trinita'	Sora	36 203 280
228	1	Gemma de Bosis	Cassino	27 258 354
A08	1	Polo Osped. Anzio - Nettuno	Roma H	24 689 663
<b>Classe 3</b>				<b>619 833 166</b>
2	1	Ospedale Civile	Acquapendente	8 401 372
3	1	Andosilla	Civitacastellana	12 302 584
6	1	Sant'Anna	Ronciglione	11 095 624
20	1	Marzio Marini	Magliano Sabina	7 764 520
22	1	Francesco Grifoni	Amatrice	5 225 013
37	1	Nuovo Regina Margherita	Roma	19 800 411
40	1	Ercole De Santis	Genzano	17 553 191
49	1	Santissimo Gonfalone	Monterotondo	10 831 162
59	1	Ospedale Civile	Bracciano	16 887 675
62	1	Santissimo Salvatore	Palombara Sabi	10 583 663
63	1	Vittorio Emanuele I	Valmontone	6 186 352
74	5	Cristo Re	Roma	27 622 412
134	7	S. Anna	Pomezia	14 410 774
171	7	Citta' di Roma	Roma	19 031 438
202	1	Ospedale Civile	Sezze	12 161 384
203	1	Regina Elena	Priverno	11 648 298
205	1	San Giovanni di Dio	Fondi	12 824 305
217	1	San Benedetto	Alatri	22 170 259
221	1	Ospedale Civile	Ceccano	8 420 007
226	1	Pasquale Del Prete	Pontecorvo	19 501 567
12	7	Salus	Viterbo	2 647 554
14	7	Santa Teresa del Bambin Gesù	Viterbo	3 491 167
57	1	San Giovanni Battista	Zagarolo	5 729 569
75	5	Israelitico	Roma	9 781 409
79	7	Villa Domelia	Roma	7 086 003
80	7	San Giorgio	Roma	4 725 842
83	7	Villa Valeria	Roma	5 948 131
89	7	Nuova Clinica Latina	Roma	5 463 280
96	7	Madonna delle Grazie	Velletri	10 545 256
97	7	Villa Aurora	Roma	9 768 349
99	7	Villa Gina	Roma	9 525 227

**Remunerazione complessiva di riferimento (RCR) per soggetto erogatore.  
 Ricoveri per acuti - Regime ordinario - Residenti nel Lazio**

COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR
103	1	San Vincenzo	Roma	10 169 289
105	7	Marco Polo	Roma	3 337 215
113	7	Villa Pia	Roma	9 146 755
116	7	San Luca	Roma	6 658 839
126	7	San Giuseppe	Roma	3 190 434
132	7	Guarnieri	Roma	10 656 542
140	7	Siligato	Civitavecchia	4 021 354
157	7	Fabia Mater	Roma	5 705 287
159	7	Nuova Villa Claudia	Roma	3 782 261
162	7	Nostra Signora del Sacro Cuore	Roma	1 252 375
169	7	Annunziatella	Roma	8 855 628
176	7	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	10 901 608
201	1	Santa Maria Salute degli Infermi	Cori	6 811 898
204	1	A. Fiorini	Terracina	14 088 921
207	1	Ospedale Civile	Minturno	6 643 274
209	7	Casa del Sole	Formia	11 072 906
211	7	Villa Azzurra	Terracina	5 811 409
213	7	San Marco	Latina	9 263 599
219	1	Santa Croce	Arpino	164 758
220	1	Della Croce	Atina	4 368 081
223	1	Generale di Zona	Ferentino	7 424 418
224	1	In Memoria dei Caduti	Isola del Liri	11 509 835
230	7	Sant'Anna	Cassino	4 873 936
234	7	Villa Gioia	Sora	4 617 356
235	7	Villa Serena ( #)	Cassino	2 444 277
236	7	Santa Teresa	Isola del Liri	5 861 768
<b>Classe 4</b>				<b>521 767 822</b>
<b>Totale generale</b>				<b>3 198 321 299</b>

Tetto individuale di remunerazione 1999 per soggetto erogatore  
 Ricoveri per acuti - Regime ordinario - Residenti nel Lazio

COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR	TIR99
901	2	Azienda San Camillo	Roma	255 058 141	229 552 327
902	2	Azienda San Giovanni	Roma	136 590 552	122 931 497
903	2	Azienda San Filippo Neri	Roma	123 299 044	110 969 140
904	4	IRCCS Bambino Gesù	Roma	78 114 415	70 302 974
905	3	Azienda Universitaria Pol. Gemelli	Roma	245 617 397	221 055 657
906	3	Azienda Universitaria Pol. Umberto I	Roma	259 071 241	233 164 117
A03	1	Polo Osped. S.Eugenio - CTO	Roma	142 428 663	128 185 797
<b>Classe 1</b>				<b>1 240 179 454</b>	
19	1	San Camillo de Lellis	Rieti	60 353 347	54 318 012
26	1	Santo Spirito	Roma	30 845 545	27 760 991
47	1	San Sebastiano Martire	Frascati	26 981 870	24 265 683
53	1	San Giovanni Evangelista	Tivoli	43 366 609	39 029 948
61	1	Giovanni Battista Grassi	Roma	46 966 088	42 269 479
71	5	Villa San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	70 487 188	63 438 469
72	5	San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli	Roma	69 989 213	62 990 291
76	5	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San C	Roma	39 345 565	35 411 008
165	1	Policlinico Casilino	Roma	32 795 264	29 515 738
173	3	European Hospital (Tor Vergata)	Roma	21 486 045	19 337 440
200	1	Santa Maria Goretti	Latina	69 359 076	62 423 168
216	1	Umberto I	Frosinone	68 782 149	61 903 934
246	3	Calvary Hospital (Tor Vergata)	Roma	773 338	696 004
267	1	Sandro Pertini	Roma	55 877 844	50 290 060
271	1	Belcolle	Viterbo	50 943 331	45 848 998
911	4	IRCCS I.D.I.	Roma	45 609 980	41 048 962
912	4	IRCCS I.N.R.C.A.	Roma	7 834 478	7 051 030
915	3	Azienda Univ. Campus Biomedico	Roma	15 475 942	13 928 346
918	4	IRCCS Lazzaro Spallanzani	Roma	16 351 108	14 715 997
IFO	4	Istituti Fisioterapici Ospedalieri	Roma	42 936 880	38 643 192
<b>Classe 2</b>				<b>816 540 858</b>	
4	1	Ospedale Civile	Montefiascone	15 601 951	14 041 756
7	1	Ospedale Civile	Tarquinia	15 954 614	14 359 156
27	1	San Giacomo	Roma	34 591 838	31 132 654
30	1	Regionale Oftalmico	Roma	7 279 659	6 551 693
34	1	George Eastman	Roma	5 688 949	5 120 054
35	1	Istituto Materno Regina Elena	Roma	3 077 075	2 769 368
44	1	San Giuseppe	Albano Laziale	13 414 370	12 072 933
45	1	San Paolo	Civitavecchia	29 042 382	26 138 144
46	1	Parodi Delfino	Colleferro	27 545 634	24 791 070
48	1	San Giuseppe	Marino	25 109 386	22 598 429
51	1	Coniugi Bernardini	Palestrina	13 395 401	12 055 860
52	1	Angelucci	Subiaco	13 113 041	11 801 737
54	1	Ospedale Civile	Velletri	25 865 935	23 279 341
55	1	Luigi Spolverini	Ariccia	4 708 032	4 237 229
64	1	Antonio e Carlo Cartonì	Rocca Priora	9 792 257	8 813 031
70	5	Regina Apostolorum	Albano Laziale	31 909 887	28 718 898
73	5	San Carlo di Nancy	Roma	29 969 385	26 972 446
82	7	Villa delle Querce	Nemi	1 042 523	938 271
84	7	Villa Tiberia	Roma	16 415 479	14 773 931
115	7	Santa Famiglia	Roma	8 224 543	7 402 089

**Tetto individuale di remunerazione 1999 per soggetto erogatore.  
Ricoveri per acuti - Regime ordinario - Residenti nel Lazio**

COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR	TIR99
143	7	Concordia Hospital	Roma	4 495 323	4 045 791
163	7	San Feliciano	Roma	8 433 913	7 590 522
166	7	Nuova Itor	Roma	17 373 534	15 636 181
180	7	Aurelia Hospital	Roma	38 124 241	34 311 817
185	1	Villa Betania	Roma	14 267 171	12 840 454
196	7	Madonna della Letizia	Velitri	6 387 551	5 748 796
206	1	Dono Svizzero	Formia	30 017 114	27 015 403
208	1	Ospedale Civile	Gaeta	14 934 747	13 441 273
212	7	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologic.	Latina	29 176 336	26 258 702
215	7	Città di Aprilia	Aprilia	18 876 343	16 988 709
218	1	Ospedale Civile	Anagni	17 853 274	16 067 946
226	1	Santissima Trinita'	Sora	36 203 280	32 582 952
228	1	Gemma de Bosis	Cassino	27 258 354	24 532 519
A08	1	Polo Osped. Anzio - Nettuno	Roma H	24 689 663	22 220 697
<b>Classe 3</b>				<b>619 833 166</b>	
2	1	Ospedale Civile	Acquapendente	8 401 372	7 561 234
3	1	Andosilla	Civitacastellana	12 302 584	11 072 325
6	1	Sant'Anna	Ronciglione	11 095 624	9 986 062
12	7	Salus	Viterbo	2 647 554	2 382 799
14	7	Santa Teresa del Bambin Gesù	Viterbo	3 491 167	3 142 050
20	1	Marzio Marini	Magliano Sabina	7 764 520	6 988 068
22	1	Francesco Grifoni	Amatrice	5 225 013	4 702 512
37	1	Nuovo Regina Margherita	Roma	19 800 411	17 820 370
40	1	Ercole De Santis	Genzano	17 553 191	15 797 872
49	1	Santissimo Gonfalone	Monterotondo	10 831 162	9 748 046
57	1	San Giovanni Battista	Zagarolo	5 729 569	5 156 612
59	1	Ospedale Civile	Bracciano	16 887 675	15 198 908
62	1	Santissimo Salvatore	Palombara Sabi	10 583 663	9 525 297
63	1	Vittorio Emanuele I	Valmontone	6 186 352	5 567 716
74	5	Cristo Re	Roma	27 622 412	24 860 171
75	5	Israelitico	Roma	9 781 409	8 803 268
79	7	Villa Domelia	Roma	7 086 003	6 377 403
80	7	San Giorgio	Roma	4 725 842	4 253 258
83	7	Villa Valeria	Roma	5 948 131	5 353 318
89	7	Nuova Clinica Latina	Roma	5 463 280	4 918 952
96	7	Madonna delle Grazie	Velitri	10 545 256	9 490 730
97	7	Villa Aurora	Roma	9 768 349	8 791 514
99	7	Villa Gina	Roma	9 525 227	8 572 705
103	1	San Vincenzo	Roma	10 169 289	9 152 360
105	7	Marco Polo	Roma	3 337 215	3 003 493
113	7	Villa Pia	Roma	9 146 755	8 232 079
118	7	San Luca	Roma	6 658 839	5 992 655
126	7	San Giuseppe	Roma	3 190 434	2 871 390
132	7	Guarnieri	Roma	10 656 542	9 590 888
134	7	S. Anna	Pomezia	14 410 774	12 969 696
140	7	Siligato	Civitavecchia	4 021 354	3 619 219
157	7	Fabia Mater	Roma	5 705 287	5 134 758
159	7	Nuova Villa Claudia	Roma	3 782 261	3 404 034
162	7	Nostra Signora del Sacro Cuore	Roma	1 252 375	1 127 138
169	7	Annunziata	Roma	8 855 628	7 970 065



**Tetto individuale di remunerazione 1999 per soggetto erogatore.  
Ricoveri per acuti - Regime ordinario - Residenti nel Lazio**

COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR	TIR99
171	7	Citta' di Roma	Roma	19 031 438	17 128 294
176	7	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	10 901 608	9 811 447
201	1	Santa Maria Salute degli Infermi	Cori	6 811 898	6 130 708
202	1	Ospedale Civile	Sezze	12 161 384	10 945 246
203	1	Regina Elena	Priverno	11 648 298	10 483 469
204	1	A. Fiorini	Terracina	14 088 921	12 680 029
205	1	San Giovanni di Dio	Fondi	12 824 305	11 541 875
207	1	Ospedale Civile	Minturno	6 643 274	5 978 946
209	7	Casa del Sole	Fornia	11 072 906	9 965 616
211	7	Villa Azzurra	Terracina	5 811 409	5 230 268
213	7	San Marco	Latina	9 263 599	8 337 239
217	1	San Benedetto	Alatri	22 170 259	19 953 233
219	1	Santa Croce	Arpino	164 758	148 282
220	1	Della Croce	Atina	4 368 081	3 931 273
221	1	Ospedale Civile	Ceccano	8 420 007	7 578 006
223	1	Generale di Zona	Ferentino	7 424 418	6 681 976
224	1	In Memoria dei Caduti	Isola del Liri	11 509 835	10 358 851
225	1	Pasquale Del Prete	Pontecorvo	19 501 587	17 551 410
230	7	Sant'Anna	Cassino	4 873 936	4 386 543
234	7	Villa Gioia	Sora	4 617 356	4 155 621
235	7	Villa Serena (#)	Cassino	2 444 277	2 199 843
236	7	Santa Teresa	Isola del Liri	5 861 768	5 275 591
<b>Classe 4</b>				<b>521 767 822</b>	
<b>Totale generale</b>				<b>3 198 321 299</b>	

(#) Struttura non attiva nel 1997, RCR e TIR calcolati sui dati provvisori 1998

ALLEG. alla DELIB. N. 2069  
 DEL 20 APR. 1999

Page 1 of 1

**Tabella V. Classificazione dei soggetti erogatori per complessità assistenziale (dati fino 1997)**



AZ	COD. TIPOLOGIA	COMUNE	DEG. SULLA SPEL. SING. A. GRV. (CCO) nel 1997	CLASSI										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
902	002	2 Azienda San. Giovanni	183	191	3.384	45,3	3	3	3	3	3	2	17	1
905	905	3 Azienda Universitaria Pol. Gemelli	205	26	3.28	47,3	3	3	3	3	3	2	17	1
103	A03	1 Polo Osped. S. Eugenio - CTO	160	21	3,75	42,2	3	3	3	3	3	2	16	1
901	901	2 Azienda San. Gerardo	410	26	3,05	41,5	3	3	3	3	3	2	16	1
903	903	2 Azienda San. Filippo Neri	174	20	2,55	40,0	3	3	3	3	3	2	16	1
900	900	3 Azienda Universitaria Pol. Umberto I	274	27	2,02	40,3	3	3	3	3	3	2	16	1
904	904	4 IRCCS Bambino Gesù (*)	144	10	0,41	53,0	3	3	3	3	3	2	15	1
105	71	5 Villa San Pietro - Fatebenefratelli	90	17	0,14	16,3	2	2	3	3	3	2	14	1
102	267	1 Sanluca Petralia	32	10	3,40	40,6	2	2	2	2	2	2	13	1
111	230	1 Santa Maria Goretti	306	10	4,50	47,0	2	2	2	2	2	2	12	1
112	216	1 Umbeloni	181	18	1,30	44,5	2	2	2	2	2	2	12	1
103	271	1 Belcolle	90	7	2,63	24,8	2	2	2	2	2	2	11	1
100	100	1 San Camillo de Lellis	90	12	2,56	42,3	2	2	2	2	2	2	11	1
107	93	1 San Giovanni Evangelista	76	13	3,03	43,0	2	2	2	2	2	2	11	1
104	04	1 Sanveroni Lirietta Grassi	85	13	2,87	50,2	2	2	2	2	2	2	11	1
101	72	5 San Giovanni Cantile - Fatebenefratelli	351	31	4,05	45,1	3	3	3	3	3	2	10	1
105	26	11 Santo Spirito	391	14	3,00	47,0	3	3	3	3	3	2	10	1
109	47	1 San Sebastiano Martini	74	19	2,40	27,1	2	2	2	2	2	2	10	1
103	78	5 Misure Gasparina Venerini - Figli e di San Carlo	11	11	1,06	33,1	2	2	2	2	2	2	9	1
102	166	1 Policlinico Casilino	51	16	0,76	37,6	2	2	2	2	2	2	9	1
115	915	3 Azienda Univ. Campus BioMedico	26	14	3,73	69,2	3	3	3	3	3	2	8	1
107	107	4 Istituto Fisiopatologico D'epicriati	66	4	3,07	98,4	0	0	0	0	0	0	4	1
104	173	3 European Hospital (ex Vegeco)	6	4	1,70	02,2	0	0	0	0	0	0	4	1
101	911	4 IRCCS I.D.I.	30	8	6,00	100,0	0	0	0	0	0	0	4	1
101	246	3 Canary Hospital (ex Venetia)	1	3	0,74	03,7	0	0	0	0	0	0	4	1
101	912	4 IRCCS F.H.F.C.A.	11	3	0,74	03,7	0	0	0	0	0	0	4	1
101	918	4 IRCCS Lazzaro Spallanzani	12	3	0,15	90,2	0	0	0	0	0	0	4	1
101	77	1 San Giacomo	103	13	2,98	52,7	2	2	2	2	2	2	9	1
100	45	1 San Paolo	136	14	2,71	50,2	2	2	2	2	2	2	9	1
108	54	1 Ospedale Civile	38	2	2,82	43,0	2	2	2	2	2	2	9	1
112	229	1 Gamma de Bosis	83	16	1,81	42,3	2	2	2	2	2	2	9	1
108	A08	1 Polo Osped. Anzini - Nettuno	30	12	2,76	48,2	2	2	2	2	2	2	9	1
107	40	1 Parodi Delfino	52	15	1,98	45,1	1	1	1	1	1	1	8	1
105	180	7 Aurelia Hospital	40	12	6,64	51,5	1	1	1	1	1	1	8	1
114	208	1 D'Amo Svezio	68	16	7,71	51,7	1	1	1	1	1	1	8	1
112	228	1 Santissima Trinita	67	15	1,52	48,3	1	1	1	1	1	1	8	1
108	4	1 Ospedale Civile	20	11	2,90	48,7	1	1	1	1	1	1	7	1
109	7	1 Ospedale Civile	26	5	3,12	45,9	1	1	1	1	1	1	7	1

(\*) IRCCS a strutture universitarie; \*\* strutture monospécialistiche; @ strutture con % di gravi oltre il 95° percentile  
 (\*) Struttura pediatrica; apicalisti (entri ci) ed et. (#) Struttura nei criteri del 1997; abilitati i dati provvisori 1998

*Handwritten signature*





ITALIA

COMUNE

PROV. 1997 - 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

F. IROCS e strutture universitarie; M. strutture neuropsichiatriche; G. strutture con % di gravi oltre il 55° percentile (\*) Struttura psichiatrica; applicativi criteri c1 ed c1; (\*) Strutture non attive nel 1997; utilizzati i dati provvisori 1999

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

ALLEG. alla DELIB. N. 2069  
DEL 20 APR. 1999

TABELLA VI. Volumi di ammissioni e spesa regionale attesi per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinati per acuti

DRG	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		cap. 1998	Ricov. 1998	cap. 1998	Ricov. 1998	cap. 1998	Ricov. 1998	cap. 1998	Ricov. 1998	cap. 1998	Ricov. 1998
1	ORCHIOTOMA ETX > 13 CERVICITto HIR TRASPUNTIAMO	1479	22 000 011	187	3 681 405	0	0	34	428 035	1200	30 964 427
2	ORCHIOTOMA ETX > 17 PER TRAIUNO/ABBITO	306	6 898 664	36	238 026	0	0	8	152 812	400	6 291 571
3	ORCHIOTOMA ETX < 18	328	3 582 868	25	282 893	0	0	5	5 078 888	361	5 078 888
4	INTERVENTI SUI VASI ESTROVASCIALI	517	0 424 376	72	405 822	0	0	72	1 183 819	500	7 291 070
5	INTERVENTI SUI VASI ESTROVASCIALI	900	0 293 900	234	2 378 782	18	140 526	72	1 183 819	1200	10 770 141
6	INTERVENTI SUI VASI ESTROVASCIALI	572	1 987 400	146	1 424 422	18	140 526	649	4 684 924	2200	3 412 425
7	INTERVENTI SUI VASI ESTROVASCIALI	23	382 388	28	328 887	5	5 938 944	5	5 938 944	80	80 000 000
8	INTERVENTI SUI VASI ESTROVASCIALI	418	2 242 482	166	801 982	148	625 672	120	514 984	550	4 294 180
9	MALATTIE E TROMBOFLEBITI MIDDLE ENPHALIC	278	2 211 240	240	2 213 840	50	42 900	54	42 900	500	4 844 408
10	MALATTIE E TROMBOFLEBITI MIDDLE ENPHALIC	292	2 305 200	139	822 254	50	42 900	54	42 900	345	4 818 987
11	MALATTIE E TROMBOFLEBITI MIDDLE ENPHALIC	430	3 134 356	726	1 206 878	80	616 928	175	778 948	1000	4 184 402
12	MALATTIE E TROMBOFLEBITI MIDDLE ENPHALIC	1033	8 068 897	863	4 850 870	251	1 931 506	512	3 105 968	2462	17 828 430
13	MALATTIE E TROMBOFLEBITI MIDDLE ENPHALIC	532	2 587 308	166	300 168	48	231 587	53	238 375	709	3 826 371
14	MALATTIE CEREBRICOVASCOLARI STRAIPICIFORMI ALI VASCOLI PERITRINCO TRASPUNTIAMO	2028	22 000 000	2020	20 828 120	2000	12 069 100	2020	12 841 800	12000	43 427 600
15	MALATTIE CEREBRICOVASCOLARI STRAIPICIFORMI ALI VASCOLI PERITRINCO TRASPUNTIAMO	1930	0 280 280	1800	1 749 029	442	2 828 214	1020	4 987 520	6900	27 802 562
16	MALATTIE CEREBRICOVASCOLARI STRAIPICIFORMI ALI VASCOLI PERITRINCO TRASPUNTIAMO	720	0 247 380	650	4 457 300	1020	2 931 587	780	4 764 880	3800	17 482 774
17	MALATTIE CEREBRICOVASCOLARI STRAIPICIFORMI ALI VASCOLI PERITRINCO TRASPUNTIAMO	1820	6 202 400	1120	0 819 752	480	2 201 587	1200	3 200 200	4024	10 452 344
18	MALATTIE DEI NERVI CRANIALI E PERIFERICI CON OG	197	485 902	107	629 600	146	731 430	100	302 000	430	2 514 020
19	MALATTIE DEI NERVI CRANIALI E PERIFERICI CON OG	87	4 197 598	886	2 858 142	409	2 261 875	65	302 000	11 534 494	11 534 494
20	MALATTIE DEI NERVI CRANIALI E PERIFERICI CON OG	340	3 740 312	271	2 888 318	629	2 261 875	405	1 722 542	2650	7 408 390
21	MENINGITE VIRALE	40	220 240	32	180 244	14	60 884	34	47 310	100	448 818
22	MENINGITE VIRALE	83	639 676	132	666 030	14	60 884	20	1 045 720	291	3 027 324
23	MENINGITE VIRALE	184	985 804	173	638 920	82	67 407	90	2 404 118	500	2 404 118
24	MENINGITE VIRALE	206	1 485 009	294	1 305 445	194	729 280	101	420 400	540	1 670 298
25	MENINGITE VIRALE	1404	3 007 020	852	3 841 738	549	1 851 201	575	1 024 030	2610	13 104 298
26	MENINGITE VIRALE	11	4 575 348	750	2 200 412	673	1 630 185	224	797 214	2899	3 287 129
27	MENINGITE VIRALE	11	56 168	8	4 200	3	22 382	0	0	28	160 061
28	MENINGITE VIRALE	182	1 240 016	164	1 182 004	120	658 928	83	484 818	500	3 994 246
29	MENINGITE VIRALE	1005	4 330 432	824	7 088 136	1379	4 889 198	507	3 021 386	2000	20 470 162
30	MENINGITE VIRALE	825	3 278 472	814	2 893 137	661	1 320 547	275	687 547	2400	6 518 265
31	MENINGITE VIRALE	24	97 234	18	48 272	17	28 507	10	32 406	10	221 441
32	MENINGITE VIRALE	185	438 020	160	300 816	121	228 270	18	104 218	500	1 241 820
33	MENINGITE VIRALE	17	130 798	70	153 072	87	27 101	48	104 218	200	385 384
34	MENINGITE VIRALE	182	1 603 816	45	628 680	223	1 048 502	178	778 948	848	2 705 442
35	MENINGITE VIRALE	825	2 148 500	423	930 404	48	346 883	19	27 443	1500	0 001 702
36	MENINGITE VIRALE	340	403 282	44	238 034	48	346 883	6	31 217	160	659 155
37	MENINGITE VIRALE	15	439 270	83	202 638	287	602 282	14	47 417	388	1 383 472
38	MENINGITE VIRALE	2530	0 645 500	3470	12 291 730	3075	10 423 028	2576	8 355 210	1200	46 732 583
39	MENINGITE VIRALE	918	2 602 726	54	84 408	911	1 482 639	82	184 738	3000	3 228 451
40	MENINGITE VIRALE	743	1 910 033	284	104 951	1 062	479 477	118	22 025	1000	2 777 410
41	MENINGITE VIRALE	610	3 831 302	284	1 095 217	2533	5 820 587	118	433 844	2800	11 087 018
42	MENINGITE VIRALE	75	182 279	17	205 472	226	431 661	12	45 142	520	1 087 018
43	MENINGITE VIRALE	67	300 473	30	137 820	0	208 480	11	45 142	520	1 087 018
44	MENINGITE VIRALE	289	1 080 300	326	1 101 628	204	1 047 917	62	815 144	178	3 539 732
45	MENINGITE VIRALE	120	678 890	169	2 886 394	915	2 107 608	51	150 818	640	3 298 093
46	MENINGITE VIRALE	478	1 747 871	818	2 886 394	576	3 324 308	227	302 818	2400	0 121 032
47	MENINGITE VIRALE	100	265 248	78	221 874	50	134 410	14	35 882	251	716 294
48	MENINGITE VIRALE	444	1 000 010	130	1 829 867	71	494 085	42	128 078	311	3 910 081
49	MENINGITE VIRALE	206	1 048 230	132	620 151	74	359 054	18	66 174	200	640 882
50	MENINGITE VIRALE	206	557 800	28	210 452	83	505 054	18	66 174	200	640 882
51	MENINGITE VIRALE	206	1 462 286	0	24 205	3	11 752	3	11 800	251	1 160 002
52	MENINGITE VIRALE	206	1 462 286	0	24 205	3	11 752	3	11 800	251	1 160 002
53	MENINGITE VIRALE	352	1 454 460	175	44 578	105	380 131	35	184 000	648	2 150 872
54	MENINGITE VIRALE	24	218 538	4	14 453	4	7 716	3	9 716	10	273 041
55	MENINGITE VIRALE	2033	8 808 177	1822	5 702 420	842	2 784 725	467	1 448 400	5900	18 798 640

*[Handwritten signature]*









TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti

DRG	NOME	Classe 1				Classe 2				Classe 3				Classe 4				Totale	
		cod. 1989	Ricovi 1989	costo 1989	costo 1989	cod. 1989	Ricovi 1989	costo 1989	costo 1989	cod. 1989	Ricovi 1989	costo 1989	costo 1989	cod. 1989	Ricovi 1989	costo 1989	costo 1989	Ricovi 1989	
167	APPENDICITOMIA CON ILLUMINAZIONE INTRINSECA NON COMPLICATA SENZA CC	706	4.932.758	1410	4.007.302	4179	3.146.000	1338	5.320.323	5903	15.596.403								
168	APPENDICITOMIA SENZA CC	9	63.370	9	67.000	39	233.412	3	370.761	50	1.596.761								
169	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON ILLUMINAZIONE INTRINSECA SENZA CC	322	1.503.972	225	977.295	397	2.448.954	6	245.926	1204	3.110.325								
170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON ILLUMINAZIONE INTRINSECA SENZA CC	132	1.207.400	86	1.095.040	60	708.670	45	483.230	301	1.411.009								
171	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	230	1.748.600	149	873.260	123	730.120	108	483.230	800	3.141.009								
172	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE APPARATO DIGERENTE SENZA CC	725	5.613.995	675	4.628.131	368	2.203.928	341	3.782.325	2200	15.523.300								
173	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE APPARATO DIGERENTE SENZA CC	112	5.723.632	544	4.651.005	405	2.078.910	646	3.885.412	2300	15.523.300								
174	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	505	3.091.050	402	2.632.570	375	2.220.138	646	3.885.412	2300	15.523.300								
175	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	500	5.738.800	600	3.844.740	600	2.118.540	1500	3.853.820	1500	15.523.300								
176	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	54	207.495	54	276.728	42	203.205	50	189.900	5000	11.417.800								
177	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	30	283.715	30	283.715	42	203.205	50	189.900	5000	11.417.800								
178	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	294	873.154	225	645.000	75	389.505	65	312.105	200	1.015.210								
179	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	525	3.029.810	300	1.708.400	220	1.014.750	420	2.225.500	1300	4.858.562								
180	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	142	781.362	80	432.840	111	1.205.700	420	2.225.500	1500	4.858.562								
181	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	425	3.029.810	300	1.708.400	220	1.014.750	420	2.225.500	1300	4.858.562								
182	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	744	3.029.810	300	1.708.400	220	1.014.750	420	2.225.500	1300	4.858.562								
183	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
184	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
185	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
186	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
187	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
188	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
189	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
190	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
191	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
192	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
193	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
194	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
195	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
196	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
197	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
198	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
199	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
200	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
201	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
202	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
203	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
204	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
205	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
206	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
207	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
208	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
209	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
210	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
211	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
212	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
213	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
214	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
215	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
216	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
217	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
218	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
219	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
220	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
221	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								
222	NEFROLOGIA E MALORE GLOMERULARE SENZA CC	320	1.675.008	144	729.110	142	729.110	142	729.110	200	1.015.210								

### TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti

DRG	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		casi 1988	Ricovi 1988	casi 1989	Ricovi 1989	casi 1989	Ricovi 1989	casi 1989	Ricovi 1989		
277	CELLULITE ETX > 17 CON CO	114	747.106	82	515.017	35	256.400	43	225.498	200	1.485.930
278	CELLULITE ETX > 11 SENZA CO	526	2.130.790	413	1.491.517	242	759.140	380	1.209.012	1500	5.406.444
279	CELLULITE ETX < 18	133	784.411	114	530.444	91	207.056	59	110.072	400	1.070.131
280	TRAFIMI DEL LAPOH I. LIQ. TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MANICOLA ETX > 17 SENZA CO	213	704.407	103	300.242	106	324.371	123	351.643	001	827.255
281	TRAFIMI DEL LAPOH I. LIQ. TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MANICOLA ETX > 17 SENZA CO	1848	6.508.675	1646	4.150.730	1196	3.140.292	1173	2.923.116	9000	16.878.200
282	TRAFIMI DEL LAPOH I. LIQ. TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MANICOLA ETX < 15	830	1.527.120	563	1.248.117	373	910.584	414	938.623	3005	4.123.302
283	MAFATI MINORI DELLA PELLE SENZA CO	182	303.205	579	2.011.507	20	259.237	48	233.002	395	4.327.039
284	MAFATI MINORI DELLA PELLE SENZA CO	917	3.005.011	2492	7.410.211	440	728.193	623	1.944.714	4502	13.410.626
285	MAFATI MINORI DELLA PELLE SENZA CO	12	204.342	1	9.480	7	82.851	1	14.557	15	272.087
286	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	140	2.011.302	28	318.005	7	82.851	0	97.240	100	2.201.032
287	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	102	37.116	11	102.463	0	61.027	40	80.870	30	240.072
288	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	71	481.100	26	174.534	10	84.045	35	183.104	120	563.540
289	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	35	242.270	5	37.375	8	34.302	3	18.613	0	291.564
290	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	220	11.324.420	113	3.007.640	528	2.168.904	430	1.620.123	4001	10.181.772
291	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	62	177.744	13	30.158	10	15.497	3	16.402	100	214.206
292	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	13	472.800	12	103.440	0	21.580	2	10.202	0	717.236
293	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	25	810.502	11	142.441	0	41.075	5	24.152	0	1.160.002
294	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	83	4.503.200	12	103.440	17	141.075	2	10.202	528	6.270.947
295	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	805	4.503.200	920	4.650.740	1523	4.786.075	4	52.483	320	1119.328
296	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	452	2.540.200	70	257.120	75	270.200	3576	0.210.120	4410	6.610.605
297	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	136	472.440	177	1021.910	154	436.724	72	244.324	695	2.413.284
298	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	423	2.005.440	561	2.450.095	192	682.800	231	1.004.527	528	4.620.947
299	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	232	238.592	403	376.783	158	457.320	47	113.310	1400	1.652.891
300	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	115	623.142	97	474.583	44	203.226	145	180.068	300	1.467.109
301	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	427	7.717.226	321	1.671.901	428	1.170.420	149	375.838	1400	6.520.840
302	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	1470	5.555.675	872	2.240.334	529	1.629.735	644	1.523.848	7400	22.028.910
303	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	200	14.190.000	0	0	0	0	0	0	0	14.190.000
304	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	481	3.720.324	297	3.737.923	130	1.638.200	186	3.660.012	3000	11.411.567
305	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	160	2.407.910	0	576.241	108	1.174.408	46	430.612	002	4.971.020
306	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	615	6.782.945	427	1.803.310	208	2.148.003	100	1.261.424	1302	13.279.425
307	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	13	112.814	17	132.719	22	168.144	70	138.144	70	511.604
308	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	50	200.200	46	193.528	80	214.120	50	230.510	200	461.502
309	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	42	600.200	49	414.310	46	301.200	125	588.210	100	1.634.243
310	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	192	600.200	175	743.170	100	581.510	125	660.810	500	2.565.166
311	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	224	1.814.255	156	1.244.118	137	984.192	150	731.328	750	4.777.852
312	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	146	2.871.622	270	2.259.323	171	1.837.032	660	2.202.218	3201	10.798.947
313	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	18	71.820	20	118.274	28	137.247	41	147.428	121	470.197
314	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	160	854.840	700	470.001	52	520.975	160	620.001	930	2.808.533
315	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	62	286.820	8	24.897	4	16.627	0	28.104	100	286.820
316	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	282	2.820.050	187	1.585.782	205	3.000.001	178	1.281.100	1002	5.467.182
317	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	451	3.022.178	471	3.254.704	558	8.762.195	621	3.834.420	2801	18.734.189
318	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	9	43.011	37	139.141	4	16.246	0	0	50	215.420
319	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	265	4.820.008	217	1.755.020	188	546.976	200	1.977.650	600	6.662.232
320	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	475	2.641.495	232	1.110.168	104	1.893.442	387	1.068.142	1400	7.441.732
321	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	422	1.821.242	226	1.119.628	228	1.024.942	193	826.271	400	2.801.174
322	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	182	702.641	510	1.854.881	613	2.210.153	016	2.664.710	2405	9.599.568
323	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	931	4.520.470	120	422.732	106	424.595	02	2.807.829	300	1.008.168
324	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	1177	3.271.495	1568	5.000.271	293	2.708.740	1228	6.279.744	3700	18.046.164
325	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	20	311.285	20	302.024	30	106.623	25	613.260	100	497.302
326	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	220	825.002	200	745.400	209	1.023.192	200	891.200	1500	2.383.720
327	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	117	384.290	47	469.456	21	81.814	22	60.945	201	633.141
328	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	0	30.450	40	91.268	16	65.073	14	73.904	60	202.842
329	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	19	47.224	38	100.648	51	157.417	52	142.494	200	467.429
330	INTERVENTI SUL SISTEMA ARBOREO PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, E METABOLICHE	231	4.481.171	122	26.049	5	10.587	5	0.944	41	14.482
					1.020.816		1.952.253		116		4.648.522

Tab VI

Pagina 6 di 8

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spese regionali attesi per DRG a classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti

DRG	NOME	Classe 1				Classe 2				Classe 3				Classe 4				Totale	
		cod 1989	Ricovi 1989	costo 1989	Ricovi 1989	cod 1989	Ricovi 1989	costo 1989	Ricovi 1989	cod 1989	Ricovi 1989	costo 1989	Ricovi 1989	cod 1989	Ricovi 1989	costo 1989	Ricovi 1989		
332	ALTRE GIMNASI RELATIVE AI FINI DI UN'USCITA ETX > 11 SENZA CC	405	2.012.170	269	1.005.938	304	1.391.510	332	1.720.548	1305	5.562.859								
333	ALTRE DIMISSIONI RELATIVE AI FINI DI UN'USCITA ETX < 10	534	1.100.375	64	250.214	58	203.774	26	100.355	700	1.690.720								
334	INTERVENTI MASCOLOLOGICI PER LA MALAZIA MASCHILE CON CC	84	865.144	4	786.930	59	601.774	35	422.237	209	2.052.332								
335	INTERVENTI MASCOLOLOGICI PER LA MALAZIA MASCHILE SENZA CC	487	4.132.734	300	3.082.232	307	2.845.080	340	2.281.395	1285	12.170.532								
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	105	709.820	108	650.040	102	623.754	45	234.712	330	2.172.241								
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	723	3.052.219	363	3.886.843	206	1.225.158	48	1.743.041	1870	8.328.774								
338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER IPERTROFIA DEL TESTICOLO	81	524.305	32	170.509	35	132.303	22	149.519	107	520.356								
339	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER IPERTROFIA DEL TESTICOLO	800	2.429.400	359	1.022.130	443	2.245.200	1907	2.457.812	3220	6.601.102								
340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER IPERTROFIA MASCHILE ETX < 10	923	2.537.460	136	320.244	179	407.480	300	311.554	1400	4.671.832								
341	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER IPERTROFIA MASCHILE ETX > 10	330	2.424.400	89	440.240	179	416.820	300	311.554	1400	4.671.832								
342	CIRCUNCISIONE ETX > 17	46	225.700	164	418.527	143	243.814	213	480.868	400	1.465.702								
343	CIRCUNCISIONE ETX < 17	430	770.025	79	158.134	143	129.244	105	147.318	750	1.231.396								
344	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE IN UN'USCITA ETX < 10	29	701.895	24	158.134	24	144.794	22	158.808	90	300.412								
345	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE IN UN'USCITA ETX > 10	56	408.950	36	103.306	44	239.485	124	372.812	281	1.448.710								
346	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE CON CC	217	1.712.281	210	1.471.727	160	1.132.702	207	1.307.041	805	5.625.341								
347	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE CON CC	424	1.928.427	197	572.200	245	1.043.315	243	944.108	841	4.141.878								
348	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE SENZA CC	65	541.735	126	313.810	104	732.085	141	601.212	481	2.140.100								
349	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	102	680.922	126	313.810	209	899.946	350	1.119.434	899	3.601.181								
350	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	301	405.722	157	603.176	164	298.972	311	776.585	1070	2.780.724								
351	ALRE DIMISSIONI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	205	983.575	200	744.600	188	472.200	271	439.346	1000	2.804.542								
352	ESISTERAZIONE PREVENIVA INTERVENTO MASCHILE E EVALUAZIONE RADIOLOGICA	240	2.706.410	270	2.240.511	43	451.340	45	403.812	620	6.244.305								
353	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	13	110.372	6	89.818	7	69.712	9	70.517	35	240.435								
354	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	217	1.280.850	103	551.228	87	459.827	82	461.422	400	2.000.833								
355	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	177	930.518	135	634.204	143	657.748	187	784.077	400	3.280.509								
356	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	125	1.520.972	82	675.528	50	323.076	64	570.688	350	2.272.807								
357	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	140	403.285	125	373.120	150	544.400	82	451.668	400	2.782.344								
358	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	125	1.520.972	82	675.528	50	323.076	64	570.688	350	2.272.807								
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	285	14.075.327	202	10.911.040	209	3.720.223	202	7.117.175	1000	34.004.037								
360	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	241	1.282.842	517	1.250.494	310	1.630.497	524	1.624.925	1900	6.244.305								
361	INTERVENTI SU UTERO E ANNEXI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO	220	1.282.842	193	578.628	171	320.630	10	269.470	820	2.280.303								
362	OPERAZIONE FIDUCIARIA DELLA TUBE	74	30.373	10	27.325	10	17.210	10	16.200	50	91.130								
363	OPERAZIONE FIDUCIARIA DELLA TUBE	182	753.874	100	418.005	64	253.090	74	270.198	400	1.200.771								
364	EVALUAZIONE E RASCHIAMENTO CON LAZIOLE FARMACI PER NEOPLASIE MALIGNHE	529	2.350.334	1241	3.778.907	1314	3.575.899	1638	3.678.525	6200	12.528.026								
365	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	141	1.014.213	48	589.865	74	449.325	98	500.411	400	2.294.155								
366	NEOPLASIE MALIGNHE DEL L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC	206	2.180.516	289	2.244.935	74	400.418	102	637.718	400	2.294.155								
367	NEOPLASIE MALIGNHE DEL L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE SENZA CC	820	3.687.187	516	2.181.032	385	1.457.591	240	827.442	2000	8.262.827								
368	NEOPLASIE MALIGNHE DEL L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	84	301.524	150	464.170	85	208.714	101	401.658	600	1.946.104								
369	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	709	2.042.823	730	1.391.171	741	1.078.028	745	1.069.492	2999	7.073.341								
370	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	330	2.205.120	408	957.145	408	543.005	64	438.745	1300	4.244.549								
371	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	440	2.020.820	300	1.329.820	252	840.825	180	6.031.450	11000	11.000								
372	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	130	738.160	300	829.112	102	378.825	001	208.512	500	1.800.456								
373	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	7040	20.329.380	10282	27.469.535	7000	47.212.895	7300	30.690.992	32300	46.112.623								
374	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	36	261.632	42	142.923	45	201.127	47	141.828	200	853.791								
375	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	78	185.614	30	214.325	419	26.120	65	42.451	40	205.012								
376	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	78	185.614	30	214.325	419	26.120	65	42.451	40	205.012								
377	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	84	314.375	110	705.720	43	169.575	24	84.974	346	770.589								
378	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2021	514.375	110	705.720	43	169.575	24	84.974	346	770.589								
379	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1748	6.231.305	2922	7.047.073	1816	6.463.154	1642	3.228.442	800	2.301.317								
380	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	102	223.750	152	368.064	131	277.037	524	514.008	750	2.301.317								
381	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3300	8.613.800	2864	6.562.521	2593	6.562.521	4338	8.090.025	13000	24.535.018								
382	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	47	25.920	40	37.485	0	0	0	0	36	27.495								
383	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	405	2.010.124	702	1.926.368	307	1.917.024	334	1.291.511	2000	6.881.737								
384	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	911	1.291.056	434	1.068.682	232	628.079	284	577.941	1001	3.723.095								
385	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	250	1.307.181	283	1.325.452	197	386.871	132	324.584	724	6.016.025								
386	INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	300	4.173.901	190	3.028.515	16	206.825	13	252.216	800	13.024.077								

TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti

DRG	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		cosi 1992	Alcolt 1992	cosi 1992	Ricovi 1992	cosi 1992	Ricovi 1992	cosi 1992	Ricovi 1992	cosi 1992	Ricovi 1992
392	PRELIEVI CON AFFEZ. COM. MALIG.	110	0.104.432	282	3.383.741	24	297.220	24	257.782	81	11.987.407
349	RIENTRATA SENZA AFFEZIONI MACROSI	940	3.820.202	373	2.474.935	108	697.540	34	314.382	169	1.285.649
309	NECROSIA TERMA CON AFFEZIONI MACROSI	1081	3.757.240	1032	3.361.684	616	1.408.546	232	851.451	520	6.742.934
330	NECROSIA CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	2395	5.911.204	738	3.320.011	1785	2.870.547	673	1.520.416	2721	15.492.650
331	NECROSIA MIBRIATA	2926	2.958.000	1126	10.987.700	392	5.018.400	8234	4.857.262	3140	27.752.920
302	SPLENECTOMIA, ETX > 17	17	0.21.114	30	316.812	33	323.126	37	158.972	132	628.859
332	SPLENECTOMIA, ETX < 18	74	112.402	8	57.822	4	61.107	5	38.410	91	307.851
334	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI ENDOMETRICI	168	1.204.150	146	910.210	95	615.502	30	58.510	400	2.172.427
395	ANDALOFIE DEI GLANDOLI ROSOLI, ETX > 17	627	1.462.917	451	2.901.120	490	2.728.822	533	2.798.018	2030	11.898.525
305	ANDALOFIE DEI GLANDOLI ROSOLI, ETX < 17	134	297.326	63	173.244	31	63.282	31	39.717	230	853.114
397	CRISTALLI CELLULA COKOULAZIONE	430	3.770.620	180	1.620.712	128	1.307.630	94	807.595	620	7.238.527
352	CRISTALLI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E FEMMINATI NON CON COG	178	2.072.140	83	958.568	152	778.523	73	535.627	400	2.281.385
353	CRISTALLI DEL S. SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E FEMMINATI SENZA COG	441	2.435.695	147	1.624.015	152	658.104	181	743.820	1267	4.178.974
400	LINEOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CIRCOSESI CON COG	202	4.240.522	147	2.352.240	30	551.024	181	743.820	400	7.829.588
401	LINEOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CIRCOSESI CON COG	80	1.308.500	30	467.241	45	702.004	110	110.431	268	1.230.856
402	LINEOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CIRCOSESI SENZA COG	205	1.476.443	203	674.549	11	102.004	2	227.167	408	2.723.316
403	LINEOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA COG	785	10.770.950	796	3.250.429	288	3.207.731	180	1.782.712	1520	10.040.979
405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CIRCOSESI MACROSI, ETX > 18	1530	10.770.950	796	3.250.429	288	3.207.731	180	1.782.712	1520	10.040.979
406	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CIRCOSESI MACROSI, ETX < 18	317	5.161.473	5	115.207	8	88.124	6	6.730.210	3003	19.650.214
407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O MIELODIPLOE CON PAT. MIELOG. SENZA COG	15	304.160	12	328.111	12	508.295	15	101.210	51	524.322
408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O MIELODIPLOE CON PAT. MIELOG. SENZA COG	64	624.844	128	1.287.532	11	98.284	402	1.218.126	402	1.378.162
429	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O MIELODIPLOE CON PAT. MIELOG. SENZA COG	183	1.714.205	128	1.287.532	89	701.045	99	735.916	821	4.218.948
409	FAZOTERAPIA	460	2.641.000	30	115.720	30	3.903.824	30	3.903.824	620	3.191.210
410	CITROTOBERAPIA NON ASSOCIATA A OGNIB. SECUNDAARIA DA TUMORALACUTA	2044	7.224.590	697	2.184.124	305	622.672	467	1.220.644	3891	13.721.023
411	FEMMINATI DI NECROSIA TERMA SENZA ENDOMETRICA	456	562.818	181	494.504	242	632.959	365	480.732	700	1.857.123
412	FEMMINATI DI NECROSIA TERMA CON ENDOMETRICA	91	41.722	19	41.068	74	373.912	130	611.544	3005	3.771.400
413	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E MIELODIPLOE CON PAT. MIELOG. SENZA COG	58	1.003.322	105	957.503	119	1.064.024	75	656.882	408	3.271.400
414	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E MIELODIPLOE CON PAT. MIELOG. SENZA COG	237	2.291.290	239	1.820.311	258	1.728.187	316	1.058.102	1209	7.268.872
415	INTERVENTI CIRCOSESI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	122	1.647.122	52	621.547	41	470.510	32	328.125	251	1.943.307
416	NEFROLOGIA, ETX > 17	132	1.280.898	52	621.547	41	470.510	32	328.125	251	1.943.307
417	BETTEDERMIA, ETX < 18	95	340.523	22	163.851	12	93.495	4	4.168	100	602.671
418	PERFEZIONI POST-COMPARAZIONE E POST-TRATTAMENTO	91	408.810	50	270.910	28	127.549	30	120.026	104	804.843
419	FEBBRE DI ORIGINE BACTERIOLOGICA, ETX > 17 CON COG	85	230.811	79	400.772	62	257.317	71	107.078	190	1.377.722
420	FEBBRE DI ORIGINE BACTERIOLOGICA, ETX < 17 SENZA COG	210	561.232	150	726.004	120	467.154	30	111.628	860	2.447.172
421	Malattie di origine virale, ETX > 17	173	742.203	231	986.488	931	347.204	92	313.803	618	2.447.172
422	Malattie di origine virale, Effetti di origine secondaria, ETX < 18	507	1.912.303	433	1.197.061	304	350.194	130	314.722	1500	4.447.024
423	ALTRE DERMATOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	486	3.024.832	228	1.730.327	195	1.028.588	10	714.732	1100	6.568.431
424	INTERVENTI CIRCOSESI DI DAUNA/NE TROPIC/IN PATIENTI CON DAUNA/NE DIRICCHI DI INFLAZZA MENTALE	101	1.429.046	44	572.622	43	622.951	40	119.192	200	2.990.040
425	INFLAZIONACUTA DI ADATTAMENTO E DISPERSIONE PARASSITARIA	517	2.129.006	516	1.928.623	320	1.778.122	650	2.174.104	2200	7.991.115
426	NEVROSI DEPRESSIVE	411	1.827.203	671	1.828.009	604	1.129.533	355	2.305.748	3201	7.991.115
427	NEVROSI ECCEPTE NEVROSI DEPRESSIVE	178	840.720	136	532.403	131	450.478	106	387.310	604	1.684.702
428	DIAGNOSI DELLA PERSONALITA E DEL CONTROLLO NEUROLOGICI	448	2.025.350	426	1.702.283	216	426.478	150	201.810	1397	5.438.105
429	DIAGNOSI OPERAZIONE E RIVILAZIONE MENTALE	252	3.222.324	455	2.340.787	219	1.644.933	463	2.117.325	1564	8.742.934
430	PSICOSI	2307	11.507.282	2433	62.441.875	1639	5.005.203	980	4.454.806	6488	33.531.532
431	Psicofisiologia infantile	2100	734.082	32	301.722	41	123.092	20	56.912	301	1.012.950
432	ALTE DERMATOSI RELATIVE A DISTURBI METABOLICI	93	434.810	57	232.380	42	181.722	54	195.885	240	1.024.262
433	ALTE DERMATOSI RELATIVE A DISTURBI METABOLICI	375	374.152	205	204.880	75	136.236	32	52.723	500	801.808
434	ALTE DERMATOSI RELATIVE A DISTURBI METABOLICI	88	397.406	73	309.830	56	104.873	32	107.317	251	1.031.003
435	ALTE DERMATOSI RELATIVE A DISTURBI METABOLICI	494	1.685.580	341	1.120.492	204	656.064	224	320.123	1203	4.148.243
436	DIPENDENZA DA ALCOOL/MACRODISORDINI PSICOPATOLOGICI CON TERAPIA PSICHIATRICA	4	14.872	1	4.106	3	16.845	1	3.012	11	41.924
437	DIPENDENZA DA ALCOOL/MACRODISORDINI PSICOPATOLOGICI SENZA TERAPIA PSICHIATRICA	3	14.872	1	4.106	4	16.845	1	3.012	9	40.570
438	TRATTAMENTI DI PSICHIATRICO PER TRATTAMENTO	20	426.236	22	301.722	4	123.092	20	56.912	110	724.286
440	TRATTAMENTI DI PSICHIATRICO PER TRATTAMENTO	21	234.150	34	160.121	17	107.118	5	17.111	70	882.302
441	TRATTAMENTI DI PSICHIATRICO PER TRATTAMENTO	22	341.800	24	245.102	12	229.215	29	255.516	330	1.428.672
442	ALTRI INTERVENTI CIRCOSESI PER TRATTAMENTO CON COG	58	745.782	36	495.421	25	204.505	11	410.799	181	1.822.297

TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spesa regionale attesa per DRG a classe di soggetto erogatore. Ricoverf ordinari per acuti

DRG	DESCRIZIONE	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		cod 199	Ricoveri 199	cod 199	Ricoveri 199	cod 199	Ricoveri 199	cod 199	Ricoveri 199	cod 199	Ricoveri 199
443	ALTRI INTERVENTI IN CHIRURGIA PLASTICA, SENZA CC	342	2.814.176	218	1.673.974	232	1.460.228	167	483.588	600	8.220.024
444	TRAMANDONI, ETIV > 17 CON CC	831	212.912	55	208.144	47	140.019	32	123.820	200	274.814
445	TRAMANDONI, ETIV > 17 SENZA CC	301	978.287	148	1.198.718	205	648.057	873	448.854	1.001	3.772.828
446	TRAMANDONI, ETIV < 15	47	228.112	148	323.375	10	144.029	21	47.281	387	781.121
447	TRAMANDONI, ETIV < 15	117	371.784	81	225.407	78	207.000	74	203.096	329	878.277
448	OPERAZIONI ALTERNATIVE, ETIV > 17	32	58.044	29	48.075	78	49.405	16	11.788	157	487.182
449	OPERAZIONI ALTERNATIVE, ETIV < 15	32	58.044	29	48.075	78	49.405	16	11.788	157	487.182
450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	95	442.232	29	308.287	78	49.405	16	11.788	157	487.182
451	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	389	1.520.400	686	1.089.232	264	615.266	308	799.912	1.904	4.728.592
452	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15	289	1.078.884	301	593.730	129	274.600	132	218.840	850	4.077.602
453	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	174	587.259	82	245.075	77	230.084	67	73.645	120	407.602
454	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	14	80.024	27	134.036	46	218.037	4	18.291	90	458.302
455	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	182	692.272	135	411.520	37	144.951	21	78.970	351	1.187.823
456	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	5	38.082	12	79.280	42	43.657	5	29.378	25	100.979
457	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	18	185.098	1	8.520	1	1.039	0	0	20	182.735
458	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	14	2.926.180	8	149.520	4	138.652	0	0	184	3.221.028
459	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	14	346.100	5	38.545	3	23.368	0	0	51	427.810
460	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	204	1.033.880	150	720.518	77	320.049	84	294.446	407	2.378.975
461	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	72	426.200	78	305.680	75	349.210	22	105.520	229	1.252.570
462	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	23	36.500	2	44.717	73	328.470	25	306.182	130	324.254
463	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	191	602.647	120	415.584	61	483.053	149	461.789	631	2.081.984
464	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	54	20.704	17	104.727	7	9.815	2	2.466	100	147.632
465	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	54	107.442	17	49.427	7	16.886	38	36.325	90	201.070
466	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	240	1.408.767	240	539.028	240	637.834	240	592.732	1.200	3.200.852
467	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	200	2.701.280	110	1.030.020	500	2.879.023	300	2.701.280	1.200	11.910.045
468	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	10	8.024	10	153.000	10	170.050	0	0	200	146.824
469	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	26	789.688	3	423.044	0	105.944	13	218.015	52	802.570
470	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	19	817.400	0	0	0	0	0	0	18	817.400
471	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	395	22.740.300	41	3.120.215	67	2.878.829	62	1.437.025	690	25.164.819
472	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	275	4.573.260	75	119.405	13	81.146	43	52.312	65	408.894
473	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	325	2.754.423	373	2.811.153	375	1.098.431	375	1.237.744	1.320	7.593.019
474	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	200	3.423.800	110	2.843.210	25	248.209	25	228.010	300	8.451.158
475	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	103	4.009.740	270	1.030.030	43	258.061	45	271.118	300	8.451.158
476	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	103	1.200.000	15	1.240.500	0	0	0	0	103	1.240.500
477	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	194	4.075.838	175	2.501.174	25	448.505	7	117.887	301	7.571.674
478	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	280	19.795.020	126	8.122.227	49	5.230.780	24	1.020.571	450	21.569.887
479	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	201	1.594.718	0	0	0	0	0	0	201	1.594.718
480	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	83	1.573.900	62	1.130.065	27	300.552	11	722.754	151	3.537.462
481	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	63	1.769.480	62	1.525.844	23	447.425	0	0	145	3.207.648
482	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	102	1.769.480	220	2.121.302	110	1.024.874	0	0	432	5.387.562
483	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	32	705.824	30	774.231	0	0	0	0	62	1.480.055
484	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 CON CC	419	11.320.050	1045	12.122.028	0	0	0	0	1.424	23.442.078
485	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV < 15 SENZA CC	430	3.231.700	550	3.873.670	13	148.525	0	0	980	7.154.895
486	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 CON CC	18	106.302	15	132.987	13	148.525	0	0	46	442.051
487	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEL PARIOLINA, ETIV > 17 SENZA CC	345	4.302.240	0	0	9	31.511	0	0	354	4.333.751
488	TOTALE	237866	1.457.431.877	204239	648.596.878	144247	474.087.278	102309	882.432.458	748981	5.437.486.797

*Handwritten signature*

lu

TABELLA X. DRG erogabili in Day Hospital

DRG	TIPO	NOME
6	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE
8	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC
9	M	MALATTIE E TRAUMATISMI MIDOLLO SPINALE
11	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC
12	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO
13	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE
14	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO
15	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI
17	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC
19	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC
20	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE
23	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA
25	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC
26	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18
29	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC
35	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC
36	C	INTERVENTI SULLA RETINA
37	C	INTERVENTI SULL'ORBITA
38	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE
39	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
40	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO ORBITA, ETA' > 17
41	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO ORBITA, ETA' < 18
42	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO
43	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO
47	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC
48	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18
50	C	SIALOADENECTOMIA
51	C	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA
63	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17
55	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA
56	C	RINoplastica
57	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' > 17
58	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' < 18
59	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17
60	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18
61	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17
62	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18
63	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA
64	M	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA
65	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO
66	M	EPISTASSI
69	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC
70	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18
72	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO
73	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17
74	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18
77	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC
80	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC
81	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18
82	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
86	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC
88	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
89	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC
90	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC
91	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18
93	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC
95	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC
97	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC
98	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18
99	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC
100	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC
102	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC
112	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA
117	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE
120	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO
122	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI
124	M	MAL. CARDIOVASC ESCLUSO IMA CON CATETERISMO CARDIACO DIAG. COMPLIC.
125	M	MAL. CARDIOVASC ESCLUSO IMA CON CATETERISMO CARDIACO DIAG. NO COMPLIC.
127	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
128	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE
130	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC
131	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC
132	M	ATEROSCLEROSI CON CC
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC

ll

TABELLA X. DRG erogabili in Day Hospital

DRG	TIPO	NOME
134	M	IPERTENSIONE
136	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC
137	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18
138	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC
139	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC
140	M	ANGINA PECTORIS
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC
143	M	DOLORE TORACICO
144	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC
145	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC
153	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO D'ASSO E TENUE SENZA CC
155	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO ETA' > 17 SENZA CC
158	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC
159	C	INTERVENTI PER ERNIA ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC
160	C	INTERVENTI PER ERNIA ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC
161	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC
162	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC
169	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18
169	C	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC
171	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC
172	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC
173	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC
175	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC
178	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC
179	M	MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINO
183	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCO, DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC
184	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' < 18
185	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETA' > 17
185	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETA' < 18
187	M	ESTRAZIONE E RIPARAZIONE DENTALE
189	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC
190	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETA' < 18
197	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC
198	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
199	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI
200	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI
201	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS
202	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA
203	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS
204	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI
205	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA CON CC
206	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA SENZA CC
208	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC
213	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO
215	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO SENZA CC
216	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO
217	C	SBRIGLI, FERITA E TRAPIAN CUTANEO ECCETTO MANO PER MALAT. SIST. MUSCOSCHEL. E TESSUTO CONNETT.
219	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMBRO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE ETA' > 17 SENZA CC
221	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC
222	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC
224	C	INTERVENTI SU SPALLA GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INT. MAGG. SU ARTICOLAZIONI SENZA CC
225	C	INTERVENTI SUL PIEDE
225	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI CON CC
227	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC
228	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INT. MANO O POLSO CON CC
229	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC
230	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE
231	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE
232	C	ARTROSCOPIA
233	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC
234	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC
236	M	OSTEOMIELITE
239	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SIST. MUSCOLOSCHIEL. E TESSUTO CONNETTIVO
240	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC
241	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC
242	M	ARTRITE SEPTICA
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO
245	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC
246	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE
247	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO
248	M	TENDINITE MIOSITE E BORSITE
249	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST. MUSCOLOSCHIEL. E DEL TESSUTO CONNETTIVO
251	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETA' > 17 SENZA CC
254	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI BRACCIO GAMBIA ECCETTO PIEDE ETA' > 17 SENZA CC
256	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO SCHELETTRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO

**TABELLA X. DRG erogabili in Day Hospital**

DRG	TIPO	NOME
260	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC
261	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE
262	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI
264	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC
266	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC
267	C	INTERVENTI PERIANALI E PILOMIDALI
268	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA
269	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC
270	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC
271	M	ULCERE DELLA PELLE
272	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC
273	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC
274	M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC
275	M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC
276	M	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA
278	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC
279	M	CELLULITE ETA' < 18
281	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' > 17 SENZA CC
283	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC
284	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC
287	C	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOL.
290	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE
291	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIROGLOSSO
292	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC
293	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC
294	M	DIABETE ETA' > 35
295	M	DIABETE ETA' < 36
296	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETA' > 17 CON CC
297	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETA' > 17 SENZA CC
298	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETA' < 18
299	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO
300	M	MALATTIE ENDOCRINE CON CC
301	M	MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC
305	C	INTERVENTI SUL RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA NON PER NEOPLASIA
308	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA CON CC
309	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA SENZA CC
310	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE CON CC
311	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC
312	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' > 17 CON CC
313	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' > 17 SENZA CC
314	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' < 18
315	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE
316	M	INSUFFICIENZA RENALE
319	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC
320	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' > 17 CON CC
321	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC
322	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' < 18
323	M	CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC
326	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC
327	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETA' < 18
329	M	STENOZI URETRALE ETA' > 17 SENZA CC
332	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC
333	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' < 18
335	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC
336	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC
337	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC
339	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIA MALIGNA, ETA' > 17
340	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIA MALIGNA, ETA' < 18
341	C	INTERVENTI SUL PENE
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17
343	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18
344	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI
345	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI
347	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC
349	M	IPERTROPIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC
350	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE
352	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE
358	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC
359	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC
360	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA
361	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE
362	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE
363	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO DI MAT. RADICATTI, PER NEOPLASIE MALIGNI
364	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI

*bu* *h*



TABELLA X. DRG erogabili in Day Hospital

DRG	TIPO	NOME
365	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
366	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC
367	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC
368	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
369	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
377	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO
379	M	MINACCIA DI ABORTO
380	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO
381	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTERECTOMIA
383	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE
384	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE
394	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMPOIETICI
395	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17
396	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ < 18
397	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE
398	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC
399	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC
400	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI
402	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC
403	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC
404	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC
405	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 18
408	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI
409	M	RADIOTERAPIA
410	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA
411	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA
412	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA
414	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE SENZA CC
415	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE
418	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE
420	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETÀ > 17 SENZA CC
421	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETÀ > 17
422	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETÀ < 18
423	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE
424	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIP. DI MALATTIA MENTALE
425	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE
426	M	NEVROSI DEPRESSIVE
427	M	NEVROSI ECCEPTE NEVROSI DEPRESSIVE
428	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI
429	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE
430	M	PSICOSI
431	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA
432	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI
435	A	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATT. SINT. SENZA CC
436	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO
440	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO
441	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO
442	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC
443	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC
445	M	TRAUMATISMI, ETÀ > 17 SENZA CC
447	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETÀ > 17
448	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETÀ < 18
450	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETÀ > 17 SENZA CC
451	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETÀ < 18
453	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC
455	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI SENZA CC
461	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI
462	M	RIABILITAZIONE
464	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC
466	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA
467	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE
468	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
470	A	NON ATTRIBIBILE AD ALTRO DRG
473	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETÀ > 17
477	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE
479	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC
489	M	IH.IV. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE
490	M	IH.IV. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE
492	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA

TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale	
(Il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)	
ICD-9-CM	Descrizione della procedura
01.01	'Puntura delle cisteme'
01.02	'Puntura ventricolare mediante catetere gl... impiantato'
01.09	'Altra puntura del cranio'
01.11	'Biopsia [percutanea] [agobiopsia] delle meningi cerebrali'
01.13	'Biopsia [percutanea] [agobiopsia] di lesione cerebrale'
02.41	'Irrigazione di shunt ventricolare'
02.95	'Rimozione di trazione transcranica o dispositivo di halo'
02.96	'Applicazione di elettrodi sfenoidali'
03.31	'Rachicentesi'
03.8	'Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale'
03.90	'Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative'
03.91	'Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia'
03.92	'Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale'
03.95	'Spinal blood patch'
03.96	'Denervazione percutanea della faccetta articolare'
04.11	'Biopsia [percutanea] [agobiopsia] dei nervi cranici o periferici o dei gangli'
04.2	'Distruzione dei nervi cranici e periferici'
04.80	'Iniezione di nervo periferico'
04.81	'Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia'
04.89	'Iniezione di altre sostanze'
05.31	'Iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia'
05.32	'Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici'
05.39	'Altra iniezione in nervi o gangli simpatici'
06.01	'Aspirazione nella regione tiroidea'
09.11	'Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della tiroide'
08.01	'Incisione del margine palpebrale'
08.02	'Apertura di blefarorafia'
08.09	'Altra incisione della palpebra'
08.19	'Altre procedure diagnostiche sulla palpebra'
14.23	'Demolizione di lesione corioretinica mediante xenon arc fotocoagulazione'
14.24	'Demolizione di lesione corioretinica mediante laser-fotocoagulazione'
14.25	'Demolizione di lesione corioretinica mediante fotocoagulazione di tipo non specificato'
14.33	'Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con xenon (laser)'
14.34	'Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione con argon (laser)'
14.35	'Riparazione di lacerazione della retina mediante fotocoagulazione di tipo non specificato'
18.02	'Incisione del canale uditivo esterno'
18.09	'Altra incisione dell'orecchio esterno'
18.12	'Biopsia dell'orecchio esterno'
18.19	'Altre procedure diagnostiche sull'orecchio esterno'
18.29	'Aspirazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno'
18.4	'Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno'
20.31	'Elettrococleografia'
20.3	'Interventi sulla tuba di Eustachio'
21.00	'Controllo di epistassi'
21.01	'Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale anteriore'
21.02	'Controllo di epistassi mediante tamponamento nasale posteriore (e anteriore)'
21.03	'Controllo di epistassi mediante cauterizzazione (e tamponamento)'
21.1	'Incisione del naso'
21.22	'Biopsia del naso'
21.29	'Altre procedure diagnostiche sul naso'
21.30	'Aspirazione o demolizione di lesione del naso'
21.31	'Aspirazione o demolizione locale di lesione intranasale'
21.32	'Aspirazione o demolizione locale di altra lesione del naso'
21.71	'Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto'
21.31	'Sutura di lacerazione del naso'
21.01	'Lisi di aderenze del naso'
22.00	'Aspirazione e lavaggio dei seni nasali'
22.01	'Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio'
22.02	'Aspirazione o lavaggio dei seni nasali attraverso la via naturale'
22.11	'Biopsia [endoscopia] [agobiopsia] dei seni nasali'
22.19	'Altre procedure diagnostiche sui seni nasali'
22.2	'Antrotomia intranasale'
24.0	'Incisione di gengiva o di osso alveolare'
24.11	'Biopsia della gengiva'
24.14	'Biopsia dell'alveolo'
24.19	'Altre procedure sui denti'
24.31	'Asportazione di lesione o tessuto della gengiva'
24.32	'Sutura di lacerazione della gengiva'
24.39	'Altri interventi sulla gengiva'

TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale	
(il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)	
ICD-9-CM	Descrizione della procedura
24.6	'Esposizione chirurgica di dente'
24.91	'Estensione o approfondimento del solco linguale o labiale'
24.99	'Altri interventi sui denti'
25.01	'Biopsia [agobiopsia] della lingua'
25.09	'Altra procedura diagnostica sulla lingua'
25.91	'Frenulotomia linguale'
25.92	'Frenulectomia linguale'
25.93	'Lisi di aderenze della lingua'
26.0	'Incisione delle ghiandole o dotti salivari'
26.11	'Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare'
26.19	'Altre procedure diagnostiche sulle ghiandole e dotti salivari'
27.23	'Biopsia del labbro'
27.24	'Biopsia della bocca'
27.29	'Altre procedure diagnostiche sulla cavità orale'
27.41	'Frenulectomia labiale'
27.51	'Sutura di lacerazione del labbro'
27.52	'Sutura di lacerazione di altra parte della bocca'
27.01	'Frenulotomia labiale'
29.12	'Biopsia faringea'
29.19	'Altre procedure diagnostiche sul faringe'
29.91	'Dilatazione del faringe'
31.0	'Iniezione della laringe'
31.48	'Altra procedura diagnostica sulla laringe'
31.49	'Altre procedure diagnostiche sulla trachea'
31.93	'Sostituzione di stent laringeo o tracheale'
31.94	'Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione focale nella trachea'
31.95	'Fistolizzazione tracheoesofagea'
33.31	'Distruzione del nervo frenico per collassamento del polmone'
33.32	'Pneumotorace artificiale per collassamento del polmone'
33.33	'Pneumoperitoneo per collasso del polmone'
33.91	'Dilatazione bronchiale'
34.01	'Incisione della parete toracica'
34.04	'Inserzione di drenaggio intercostale'
34.09	'Altra incisione della pleura'
34.23	'Biopsia della parete toracica'
34.24	'Biopsia della pleura'
34.25	'Biopsia (percutanea) (agobiopsia) del mediastino'
34.71	'Sutura di lacerazione della parete toracica'
34.72	'Chiusura di toracostomia'
35.41	'Allargamento di difetto esistente del setto atriale'
36.04	'Infusione trombolitica nell'arteria intracoronaria'
37.0	'Pericardiocentesi'
37.25	'Biopsia del cuore'
37.78	'Inserzione di paca-maker transvenoso temporaneo'
38.22	'Angioscopia percutanea'
41.1	'Puntura della milza'
41.31	'Biopsia del midollo osseo'
41.32	'Biopsia (per aspirazione) [percutanea] della milza'
41.91	'Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto'
41.92	'Iniezione nel midollo osseo'
42.29	'Altre procedure diagnostiche sull'esofago'
42.81	'Intubazione permanente dell'esofago'
42.92	'Dilatazione dell'esofago'
42.99	'Altri interventi sull'esofago'
43.11	'Gastrostomia percutanea [endoscopica] (PEG)'
43.19	'Altra gastrostomia'
44.19	'Altra procedura diagnostica sullo stomaco'
44.43	'Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale'
44.44	'Embolizzazione mediante catetere per sanguinamento gastrico o duodenale'
44.49	'Altro controllo di emorragia dello stomaco o del duodeno'
44.93	'Inserzione di borsa gastrica (palloncino)'
44.94	'Rimozione di borsa gastrica (palloncino)'
45.19	'Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue'
45.27	'Biopsia intestinale'
45.29	'Altre procedure diagnostiche sull'intestino crasso'
45.29	'Altra procedura diagnostica sull'intestino'
46.14	'Colostomia diffrata'
46.24	'Ileostomia in due tempi'
46.31	'Altra enterostomia in due tempi'

TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale	
(il d.f. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)	
ICD-9-CM	Descrizione della procedura
46.32	'Digiunostomia [endoscopica] percutanea (PEJ)'
46.39	'Altra enterostomia'
46.85	'Dilatazione dell'intestino'
46.95	'Perfusione locale dell'intestino tenue'
46.96	'Perfusione locale dell'intestino crasso'
48.26	'Biopsia di tessuti perirettali'
48.29	'Altre procedure diagnostiche sul retto'
48.31	'Elettrocoagulazione radicale di lesione o tessuto del retto'
48.32	'Altra elettrocoagulazione di lesione o tessuto del retto'
48.33	'Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante laser'
48.34	'Demolizione di lesione o tessuto del retto mediante criochirurgia'
49.03	'Asportazione di appendice cutanea perianale'
49.22	'Biopsia dei tessuti perianali'
49.23	'Biopsia dell'ano'
49.29	'Altre procedure diagnostiche sull'ano e sui tessuti perianali'
49.41	'Riduzioni di emorroidi'
49.42	'Iniezioni delle emorroidi'
49.43	'Cauterizzazione delle emorroidi'
49.47	'Rimozione di emorroidi trombozzate'
50.11	'Biopsia [percutanea] (agobiopsia) del fegato'
50.91	'Aspirazione percutanea del fegato'
50.92	'Assistenza apatica extracorporea'
50.93	'Perfusione localizzata del fegato'
50.94	'Altra iniezione di sostanza terapeutica nel fegato'
50.99	'Altri interventi sul fegato'
51.01	'Aspirazione percutanea della colecisti'
51.12	'Biopsia percutanea della colecisti e dei dotti biliari'
51.15	'Misurazione di pressione dello sfintere di Oddi'
51.88	'Rimozione endoscopica di calcoli dal tratto biliare'
51.96	'Estrazione percutanea di calcoli dal dotto comune'
51.98	'Altri interventi percutanei sul tratto biliare'
52.94	'Rimozione endoscopica di calcoli dal dotto pancreatico'
54.91	'Drenaggio percutaneo addominale'
54.96	'Iniezione di aria nella cavità peritoneale'
54.97	'Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale'
54.99	'Altri interventi sulla regione addominale'
55.23	'Biopsia [percutanea] (agobiopsia) del rene alla ciaca'
55.92	'Aspirazione percutanea renale'
55.93	'Sostituzione di drenaggio nefrostomico'
55.94	'Sostituzione di drenaggio pielostomico'
55.95	'Perfusione del rene con sostanze terapeutiche'
55.96	'Altre iniezioni di sostanze terapeutiche nel rene'
55.92	'Biopsia percutanea dell'uretere'
56.33	'Biopsia transureteroscopica'
56.35	'Endoscopia del condotto ileale (dotto artificiale realizzato negli interventi di cistectomia)'
56.91	'Dilatazione della papilla ureterale'
57.0	'Drenaggio transuretrale della vescica'
57.11	'Prelievo percutaneo di urina'
57.17	'Cistostomia percutanea'
57.92	'Calibraggio collo vescicale'
57.94	'Caterismo vescicale'
57.96	'Riposizionamento di catetere vescicale'
58.21	'Uretroscopia trans-perineale'
58.23	'Biopsia dell'uretra'
58.24	'Biopsia del tessuto periuretrale'
58.29	'Altre procedure diagnostiche sull'uretra e sul tessuto periuretrale'
58.31	'Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto dell'uretra'
58.39	'Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dell'uretra'
58.6	'Dilatazione uretrale'
59.93	'Riposizionamento chirurgico di drenaggio ureterostomico'
59.94	'Riposizionamento chirurgico di drenaggio cistostomico'
59.95	'Litotrixxia con ultrasuoni o elettroidraulica'
59.99	'Altri interventi sull'apparato urinario'
60.11	'Biopsia transperineale [percutanea] (agobiopsia) della prostata'
60.13	'Biopsia [percutanea] delle vescicole seminali'
60.71	'Aspirazione percutanea delle vescicole seminali'
60.91	'Aspirazione percutanea della prostata'
60.92	'Iniezione (di farmaci) nella prostata'
61.0	'Incisione e drenaggio dello scroto e della tunica vaginale'

Cu

H

TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale	
(il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)	
ICD-9-CM	Descrizione della procedura
61.11	'Biopsia dello scroto o della tunica vaginale'
61.19	'Altre procedure diagnostiche sullo scroto e sulla tunica vaginale'
61.3	'Asportazione o demolizione di parte del tessuto scrotale'
61.41	'Sutura di lacerazione dello scroto e della tunica vaginale'
61.91	'Aspirazione percutanea della tunica vaginale'
62.11	'Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del testicolo'
62.91	'Aspirazione del testicolo'
62.92	'Iniezione di sostanze terapeutiche nel testicolo'
63.01	'Biopsia del cordone spermatico'
63.52	'Derotazione del funicolo e del testicolo'
63.6	'Vasotomia e vasostomia'
63.70	'Intervento di sterilizzazione dell'uomo'
63.71	'Legatura dei dotti deferenti per rottura o lacerazione'
63.72	'Legatura del cordone spermatico'
63.73	'Vasectomia'
63.84	'Rimozione di legature dei dotti deferenti'
63.91	'Aspirazione di spermatocele'
64.19	'Altre procedure diagnostiche sul pene'
64.91	'Plastiche di slittamento del prepuzio'
64.94	'Posizionamento di protesi peniena esterna'
66.8	'Insufflazione delle tube'
66.91	'Aspirazione delle tube'
67.0	'Dilatazione del canale cervicale'
69.59	'Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione'
69.8	'Procedura per provocare o regolare il flusso mestruale'
69.91	'Inserzione di dispositivo terapeutico interno all'utero'
69.93	'Inserzione di laminaria'
69.94	'Riposizionamento manuale di utero invertito'
69.98	'Rimozione del materiale di cerchiaggio dalla cervice'
70.0	'Culdocentesi'
70.11	'Imerotomia'
71.21	'Aspirazione percutanea di cisti nella ghiandola del Bartolino'
75.0	'Iniezione intra-amniotica per interruzione di gravidanza'
75.1	'Amniocentesi diagnostica - prelievo dei villi coriali'
75.2	'Trasfusione intrauterina'
75.31	'Amnioscopia'
75.32	'ECG fetale (cuolo capalluto)'
75.33	'Prelievo di sangue fetale e biopsia'
75.35	'Altre procedure diagnostiche sul feto e sull'amnios'
76.31	'Mandiblectomia parziale'
76.71	'Riduzione chiusa di frattura zigomatica e malare'
76.73	'Riduzione chiusa di frattura mascellare'
76.75	'Riduzione chiusa di frattura mandibolare'
76.78	'Altra riduzione chiusa di frattura facciale'
76.93	'Riduzione chiusa di lussazione temporomandibolare'
76.85	'Altra manipolazione di articolazione temporomandibolare'
79.88	'Iniezione di sostanza terapeutica nell'articolazione temporomandibolare'
79.00	'Riduzione chiusa di frattura senza fissazione interna in sede non specificata'
79.01	'Riduzione chiusa di frattura dell'omero senza fissazione interna'
79.02	'Riduzione chiusa di frattura di radio e ulna senza fissazione interna'
79.03	'Riduzione chiusa di frattura di carpo e metacarpo senza fissazione interna'
79.04	'Riduzione chiusa di frattura delle falangi della mano senza fissazione interna'
79.05	'Riduzione chiusa di frattura del femore senza fissazione interna'
79.08	'Riduzione chiusa di frattura di tibia e fibula senza fissazione interna'
79.07	'Riduzione chiusa di frattura di tarso e metatarso senza fissazione'
79.08	'Riduzione chiusa di frattura della falangi del piede senza fissazione interna'
79.09	'Riduzione chiusa di frattura di altro osso specificato'
79.70	'Riduzione chiusa di lussazione in sede non specificata'
79.71	'Riduzione chiusa di lussazione della spalla'
79.72	'Riduzione chiusa di lussazione del gomito'
79.73	'Riduzione chiusa di lussazione del polso'
79.74	'Riduzione chiusa di lussazione della mano e delle dita della mano'
79.75	'Riduzione chiusa di lussazione dell'anca'
79.76	'Riduzione chiusa di lussazione del ginocchio'
79.77	'Riduzione chiusa di lussazione della caviglia'
79.78	'Riduzione chiusa di lussazione del piede e delle dita del piede'
79.79	'Riduzione chiusa di lussazione in altra sede specificata'
80.30	'Biopsia delle strutture articolari'
80.31	'Biopsia delle strutture articolari della spalla'

K

Qu

**TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale**

(Il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
80.32	'Biopsia delle strutture articolari del gomito'
80.33	'Biopsia delle strutture articolari del polso'
80.34	'Biopsia delle strutture articolari della mano e delle dita della mano'
80.35	'Biopsia delle strutture articolari dell'anca'
80.36	'Biopsia delle strutture articolari del ginocchio'
80.37	'Biopsia delle strutture articolari della caviglia'
80.38	'Biopsia delle strutture articolari del piede e delle dita del piede'
80.39	'Biopsia di strutture articolari di altra sede specificata'
81.91	'Artrocentesi'
81.92	'Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o nel legamento'
82.04	'Incisione e drenaggio dello spazio palmare o tenare'
82.09	'Altra incisione dei tessuti molli della mano'
82.92	'Aspirazione di borse della mano'
82.93	'Aspirazione di altri tessuti molli della mano'
82.94	'Iniezione di sostanze terapeutiche nelle borse della mano'
82.95	'Iniezione di sostanze terapeutiche nei tendini della mano'
82.96	'Altra iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli della mano'
83.94	'Aspirazione di borse'
83.95	'Aspirazione di altri tessuti molli'
83.96	'Iniezione di sostanze terapeutiche all'interno delle borse'
83.97	'Iniezione di sostanze all'interno dei tendini'
83.98	'Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale all'interno di altri tessuti molli'
84.41	'Adattamento di protesi di arto superiore e spalla'
84.42	'Adattamento di protesi dell'avambraccio e della mano'
84.43	'Adattamento di protesi del braccio'
84.45	'Adattamento di protesi al di sopra del ginocchio'
84.46	'Adattamento di protesi al di sotto del ginocchio'
84.47	'Adattamento di protesi della gamba'
85.0	'Mastotomia'
85.11	'Biopsia [percutanea] [agobiopsia] della mammella'
85.19	'Altre procedure diagnostiche sulla mammella'
85.51	'Iniezione mammoplastica di ingrandimento monolaterale'
85.52	'Iniezione mammoplastica di ingrandimento bilaterale'
85.81	'Sutura di lacerazione della mammella'
85.91	'Aspirazione della mammella'
85.92	'Iniezione di sostanze terapeutiche nella mammella'
86.01	'Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo'
86.02	'Iniezione o tatuaggio di lesioni o difetti della cute'
86.03	'Incisione di cisti o seno pilonidale'
86.04	'Altra incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo'
86.05	'Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo'
86.11	'Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo'
86.19	'Altre procedure diagnostiche su cute e tessuto sottocutaneo'
86.23	'Rimozione di unghie'
86.24	'Chemiochirurgia della cute'
86.25	'Legatura di appendice dermica'
86.27	'Curettaggio di unghia'
86.28	'Rimozione non asportativa di ferita'
86.51	'Reimpianto del cuoio capelluto'
86.59	'Sutura di cute e tessuto sottocutaneo di altre sedi'
86.99	'Altri interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo'
87.01	'Pneumoencefalografia'
87.02	'Altra radiografia con contrasto del cervello e del cranio'
87.03	'Tomografia assiale computerizzata (TAC) del capo'
87.04	'Altra tomografia del capo'
87.05	'Dacriocistografia con contrasto'
87.06	'Radiografia con contrasto del nasofaringe'
87.07	'Laringografia con contrasto'
87.08	'Linfografia cervicale'
87.13	'Artrografia temporo-mandi-bolare con contrasto'
87.14	'Radiografia orbitale con contrasto'
87.15	'Radiografia sinusale con contrasto'
87.21	'Mielografia con contrasto'
87.31	'Broncografia endotracheale'
87.32	'Altra broncografia con contrasto'
87.33	'Pneumografia del mediastino'
87.34	'Linfangiografia intratoracica'
87.35	'Radiografia con contrasto dei dotti mammari'
87.98	'Sinografia della parete toracica'

*Cur*

*H*

**TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale**

(il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
87.41	'Tomografia assiale computerizzata (TAC) del torace'
87.51	'Colangiografia epatica percutanea'
87.52	'Colangiografia intravenosa'
87.71	'Tomografia assiale computerizzata (TAC) del rene'
87.73	'Urografia endovenosa'
87.74	'Pielografia retrograda'
87.75	'Pielografia percutanea'
87.76	'Cistouretrografia retrograda'
87.77	'Altra cistografia'
87.78	'Radiografia di vescica ileale'
87.82	'Isterosalpingografia con contrasto gassoso'
87.83	'Isterosalpingografia con contrasto opaco'
87.84	'Isterografia percutanea'
87.91	'Vesciculografia seminale con contrasto'
87.93	'Epididimografia con contrasto'
87.94	'Deferento vesciculografia con contrasto'
88.01	'Tomografia assiale computerizzata (TAC) dell'addome'
88.04	'Linfografia addominale'
88.09	'Altra radiografia dei tessuti molli dell'addome'
88.11	'Radiografia della pelvi con contrasto opaco'
88.12	'Radiografia della pelvi con contrasto gassoso'
88.13	'Altra pneumografia peritoneale'
88.14	'Fistulografia retroperitoneale'
88.15	'Pneumografia retroperitoneale'
88.32	'Artrografia con contrasto'
88.34	'Linfografia arto superiore'
88.36	'Linfografia arto inferiore'
88.38	'Altra tomografia assiale computerizzata'
88.40	'Arteriografia con mezzo di contrasto'
88.41	'Arteriografia di arterie cerebrali'
88.42	'Aortografia'
88.43	'Arteriografia delle arterie polmonari'
88.44	'Aortografia di altri vasi intratoracici'
88.45	'Arteriografia delle arterie renali'
88.46	'Arteriografia della placenta'
88.47	'Arteriografia di altre arterie intraaddominali'
88.48	'Arteriografia delle femorali e di altre arterie dell'arto inferiore'
88.49	'Arteriografia di altre sedi non specificate'
88.50	'Angiocardiografia'
88.51	'Angiocardiografia della vena cava'
88.60	'Flebografia con mezzo di contrasto'
88.61	'Flebografia con mezzo di contrasto della vena del capo e del collo'
88.62	'Flebografia con mezzo di contrasto delle vene polmonari'
88.63	'Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intratoraciche'
88.64	'Flebografia con mezzo di contrasto del sistema portale'
88.65	'Flebografia con mezzo di contrasto di altre vene intraaddominali'
88.66	'Flebografia con mezzo di contrasto della femorale e di altre vene degli arti inferiori'
88.67	'Flebografia con mezzo di contrasto di altre sedi specificate'
88.68	'Flebografia ad impedenza'
88.91	'Risonanza magnetica nucleare (RMN) del cervello e del tronco encefalico'
88.92	'Risonanza magnetica nucleare (RMN) del torace e miocardio per la valutazione di linfadenopatia iliaca'
88.93	'Risonanza magnetica nucleare (RMN) del canale vertebrale'
88.94	'Risonanza magnetica nucleare (RMN) muscoloscheletrica'
88.95	'Risonanza magnetica nucleare (RMN) di pelvi'
88.97	'Risonanza magnetica nucleare (RMN) di altre sedi non specificate'
89.10	'Test intracarotideo con amobarbitale'
89.17	'Polisonnogramma'
89.18	'Altri test funzionali di disordini del sonno'
89.19	'Monitoraggio elettroencefalografico video e radio telemetrico'
89.21	'Manometria urinaria'
89.22	'Cistometrografia'
89.23	'Elettromiografia dello sfintere uretrale'
89.24	'Uroflussometria'
89.25	'Profilo pressorio uretrale'
89.32	'Manometria esofagea'
89.41	'Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile'
89.42	'Test da sforzo dei due gradini di Masters'
89.43	'Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro'
89.44	'Altri test cardiovascolari da sforzo'

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale	
(Il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)	
ICD-9-CM	Descrizione della procedura
89.45	'Controllo di frequenza del pace-maker'
89.46	'Controllo della forma dell'onda del pace-maker'
89.47	'Controllo della impedenza dell'elettrodo del pace-maker'
89.48	'Controllo della soglia di voltaggio o amperaggio del pace-maker'
89.50	'Elettrocardiogramma dinamico'
89.54	'Monitoraggio elettrocardiografico'
89.62	'Monitoraggio della pressione venosa centrale'
89.63	'Monitoraggio della pressione dell'arteria polmonare'
89.64	'Monitoraggio della pressione in arteria polmonare'
89.68	'Emogasanalisi di sangue misto venoso'
89.67	'Monitoraggio della gettata cardiaca mediante la tecnica del consumo di ossigeno (metodo di Fick)'
89.68	'Monitoraggio della gettata cardiaca mediante la tecnica della termodiluzione'
89.69	'Monitoraggio del flusso ematico coronarico'
92.21	'Radiazione superficiale'
92.22	'Radiazione ad ortovoltaggio'
92.23	'Teleradioterapia radioisotopica'
92.24	'Teleradioterapia mediante fotoni'
92.25	'Teleradioterapia con elettroni'
92.26	'Teleradioterapia con altre radiazioni particolate'
92.28	'Iniezione o instillazione di radioisotopi'
92.29	'Altre procedure radioterapeutiche'
93.11	'Esercizi assistiti'
93.12	'Altri esercizi muscoloscheletrici attivi'
93.13	'Esercizi contro resistenza'
93.14	'Allenamento nei movimenti articolari'
93.15	'Mobilizzazione della colonna vertebrale'
93.16	'Mobilizzazione di altre articolazioni'
93.17	'Altri esercizi muscoloscheletrici passivi'
93.18	'Esercizi respiratori'
93.19	'Esercizi'
93.21	'Trazioni manuali e meccaniche'
93.22	'Training deambulatori e del passo'
93.23	'Messa a punto di apparecchio ortottico'
93.24	'Addestramento all'uso di protesi o apparecchi ortottici'
93.25	'Estensione forzata degli arti'
93.26	'Rottura manuale di aderenze articolari'
93.27	'Stretching di muscoli o tendini'
93.28	'Stretching di fascia'
93.29	'Altre correzioni forzate di deformit...'
93.31	'Esercizi assistiti in piscina'
93.32	'Trattamento a vortice'
93.33	'Altra idroterapia'
93.34	'Diatermia'
93.35	'Altra terapia con calore'
93.36	'Riabilitazione cardiologica'
93.37	'Training prenatale'
93.38	'Terapia fisica combinata senza menzione dei componenti'
93.41	'Trazione spinale con apparecchiatura cranica'
93.42	'Altre trazioni spinali'
93.43	'Trazione scheletrica intermittente'
93.44	'Altra trazione scheletrica'
93.45	'Trazione con apparecchio di Thomas'
93.48	'Altre trazioni cutanee degli arti'
93.51	'Applicazione di corsetto gessato'
93.52	'Applicazione di supporto per il collo'
93.53	'Applicazione di altro corsetto gessato'
93.54	'Applicazione di stecca'
93.55	'Cerchiaggio dentale'
93.56	'Applicazione di medicazione compressiva'
93.57	'Applicazione di altra medicazione su ferita'
93.58	'Applicazione di pantaloni a pressione'
93.59	'Altra immobilizzazione'
93.61	'Trattamento manipolativo di osteopatia per mobilizzazione generale'
93.62	'Trattamento manipolativo di osteopatia usando forze ad alta velocit... e bassa ampiezza'
93.63	'Trattamento manipolativo di osteopatia usando forze a bassa velocit... e brevata ampiezza'
93.64	'Trattamento manipolativo di osteopatia usando forze isotoniche o isometriche'
93.65	'Trattamento manipolativo osteopatico con uso di forze indirette'
93.66	'Trattamento manipolativo di osteopatia per mobilizzare i fluidi tissutali'
93.67	'Altri trattamenti specifici manipolativi per osteopatia'



**TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico a considerate appropriate per la modalità assistenziale**

(il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
93.71	'Training per dislessia'
93.72	'Training per disfasia'
93.73	'Training per linguaggio esofageo'
93.74	'Training per difetto del linguaggio'
93.75	'Altro training del linguaggio e terapia'
93.76	'Training all'uso di cani guida per ciechi'
93.77	'Training all'uso del Braille o Moon'
93.78	'Altra riabilitazione del cieco'
93.81	'Terapia ricreazionale'
93.82	'Terapia educativa'
93.83	'Terapia occupazionale'
93.84	'Terapia musicale'
93.85	'Riabilitazione vocazionale'
93.89	'Riabilitazione non classificata altrove'
93.95	'Ossigenazione iperbarica'
93.96	'Altro tipo di arricchimento di ossigeno'
93.97	'Camera di decompressione'
94.26	'Terapia con elettroshock subconvulsivo'
94.27	'Altra terapia con elettroshock'
94.61	'Riabilitazione da alcool'
94.62	'Disintossicazione da alcool'
94.63	'Disintossicazione e riabilitazione da alcool'
94.64	'Riabilitazione da farmaci'
94.65	'Disintossicazione da farmaci'
94.66	'Disintossicazione e riabilitazione da farmaci'
94.67	'Riabilitazione combinata da alcool e farmaci'
94.68	'Disintossicazione combinata da alcool e farmaci'
94.69	'Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci'
95.04	'Esame dell'occhio sotto anestesia'
95.12	'Angiografia con fluoresceina o angioscopia oculare'
96.16	'Altre dilatazioni vaginali'
96.21	'Dilatazione del dotto frontonasale'
96.22	'Dilatazione del retto'
96.23	'Dilatazione dello sfintere anale'
96.24	'Dilatazione e manipolazione di stoma di enterostomia'
96.25	'Distensione terapeutica della vescica'
96.26	'Riduzione manuale di prolasso rettale'
96.27	'Riduzione manuale di ernia'
96.28	'Riduzione manuale di prolasso di enterostomia'
96.35	'Alimentazione per sonda gastrica'
96.41	'Irrigazione di colicistostomia e altro tubo biliare'
96.42	'Irrigazione di tubo pancreatico'
96.45	'Irrigazione di nefrostomia e pielostomia'
96.46	'Irrigazione di urterostomia a catetere ureterale'
96.47	'Irrigazione di cistostomia'
96.48	'Irrigazione di altro catetere urinario a permanenza'
96.57	'Irrigazione di catetere vascolare'
96.58	'Irrigazione di catetere in ferita'
96.59	'Altra irrigazione di ferita'
96.6	'Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate'
97.01	'Sostituzione di tubo nasogastrico o per esofagostomia'
97.02	'Sostituzione di tubo per gastrostomia'
97.03	'Sostituzione di tubo o dispositivo per enterostomia del piccolo intestino'
97.04	'Sostituzione di tubo o dispositivo per enterostomia del grosso intestino'
97.05	'Riposizionamento di sonda nel dotto biliare o pancreatico'
97.11	'Sostituzione di gesso dell'arto superiore'
97.12	'Sostituzione di gesso dell'arto inferiore'
97.13	'Sostituzione di altro gesso'
97.14	'Sostituzione di altra apparecchiatura per immobilizzazione muscoloscheletrica'
97.15	'Sostituzione di catetere in ferita'
97.36	'Rimozione di altro mezzo esterno di fissazione della mandibola'
97.37	'Rimozione di canula di tracheostomia'
97.38	'Rimozione di sutura da testa e collo'
97.39	'Rimozione di altri mezzi terapeutici da testa e collo'
97.41	'Rimozione di tubo di toracotomia o di drenaggio pleurico'
97.42	'Rimozione di drenaggio mediastinico'
97.43	'Rimozione di sutura dal torace'
97.49	'Rimozione di altri apparecchi dal torace'
97.51	'Rimozione di tubo di gastrostomia'

*cu*

**TABELLA XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale**

(Il d.h. medico è considerato sostitutivo di attività ambulatoriale se non viene effettuata almeno una delle procedure elencate)

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
97.52	'Rimozione di tubo dall'intestino tenue'
97.53	'Rimozione di tubo dall'intestino crasso o appendice'
97.54	'Rimozione di tubo di colecistostomia'
97.55	'Rimozione di tubo a T'
97.56	'Rimozione di tubo o drenaggio pancreatico'
97.59	'Rimozione di altro dispositivo dell'apparato digerente'
97.61	'Rimozione di tubo da pielostomia e nefrostomia'
97.62	'Rimozione di tubo da ureterostomia e catetere ureterale'
97.63	'Rimozione di tubo da cistostomia'
97.64	'Rimozione di altro dispositivo di drenaggio urinario'
97.65	'Rimozione di supporto uretrale'
97.69	'Rimozione di altro dispositivo dall'apparato urinario'
97.81	'Rimozione di dispositivo di drenaggio retroperitoneale'
97.82	'Rimozione di dispositivo di drenaggio peritoneale'
98.02	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dall'esofago senza incisione'
98.03	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dallo stomaco e dall'intestino tenue'
98.04	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dall'intestino crasso'
98.05	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale da retto ed ano'
98.11	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dall'orecchio'
98.12	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dal naso'
98.13	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dal faringe'
98.14	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dal faringe'
98.15	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla trachea e bronchi'
98.16	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dall'utero'
98.17	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina'
98.18	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale da stoma artificiale senza incisione'
98.19	'Rimozione di corpo estraneo intraluminale dall'uretra'
98.51	'Litotripsia extracorporea del rene'
98.52	'Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliari'
98.59	'Litotripsia extracorporea di altre sedi'
99.01	'Esoanguino trasfusione'
99.02	'Autotrasfusione di sangue intero'
99.03	'Altra trasfusione di sangue intero'
99.04	'Trasfusione di concentrato cellulare'
99.05	'Trasfusione di piastrine'
99.06	'Trasfusione di fattori della coagulazione'
99.07	'Trasfusione di altro siero'
99.08	'Trasfusione di plasma expander'
99.09	'Trasfusione di altre sostanze'
99.11	'Iniezione di immunoglobuline anti Rh'
99.12	'Immunizzazione per allergia'
99.13	'Immunizzazione per malattie autoimmuni'
99.14	'Iniezione di gamma globuline'
99.15	'Infusione parenterale di sostanze nutritive concentrate'
99.25	'Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificata altrove'
99.61	'Cardioversione atriale'
99.71	'Plasmaferesi terapeutica'
99.72	'Leucoferesi terapeutica'
99.73	'Eritrocitoferesi terapeutica'
99.74	'Plastrinoferesi terapeutica'
99.79	'Altre aferesi'
99.85	'Ipertermia per il trattamento di tumore'
99.86	'Installazione non invasiva di stimolatore di accrescimento osseo'
99.88	'Fototerapia terapeutica'
99.91	'Agopuntura per anestesia'
99.92	'Altra agopuntura'
<b>E' inoltre considerata appropriata l'effettuazione di almeno 3 procedure diagnostiche tra quelle comprese nei seguenti intervalli di codici e non comprese nell'elenco precedente</b>	
87.01 - 87.98	
89.10 - 89.59	
89.62 - 89.69	
92.01 - 92.29	
93.90 - 93.99	
95.03 - 95.26	
95.41 - 99.88	

*R*

*Lu*

*l*

TABELLA XII.1 Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per Day Hospital chirurgico					
DRG	TIPO	NOME	n dimissioni '99 in DRH attese	tariffa '97	Ricavi '99 DH
1	C	CRANIOTOMIA ETA' > 17 ECCEZIO PER TRAUMATISMO	0	4079	
2	E	CRANIOTOMIA ETA' > 17 PER TRAUMATISMO	0	5058	
3	C	CRANIOTOMIA ETA' < 17	0	3263	
4	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	0	3431	
5	C	INTERVENTI SU MASTE EXTRA CRANICA	0	2822	
6	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2050	1978	4 050 800
7	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	0	2558	
8	C	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	90	1887	169 830
26	C	INTERVENTI SULLA RETINA	670	1951	1 307 170
37	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	10	2372	23 720
38	C	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	130	1618	210 080
39	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	7500	2296	17 220 000
40	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEZIO ORBITA, ETA' > 17	2400	1637	4 408 800
41	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEZIO ORBITA, ETA' < 18	130	1769	194 590
42	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEZIO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	290	2101	609 290
49	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPOE SU GOLLO	0	3642	
50	C	SIALOADENECTOMIA	30	2132	21 320
51	C	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCEZIO SIALOADENECTOMIA	20	1948	38 920
52	C	PREPARAZIONE DI GMELOSCHISTE E DI PALATO SCHISMA	0	1788	
53	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	10	1796	17 960
54	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18	0	2216	
55	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	870	2048	1 987 330
56	C	RINOPLASTICA	180	1758	316 440
57	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEZIO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' > 17	90	1353	67 950
58	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEZIO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETA' < 18	40	1573	62 920
59	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17	130	1351	175 830
60	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	780	830	647 400
61	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17	70	2252	157 640
62	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18	20	2191	43 820
63	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	80	2747	219 760
75	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA TORACE	0	3701	
76	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	0	2044	
77	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	90	1735	86 750
103	C	TRAPIANTO CARDIACO	0	3018	
104	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATERISIMO CARDIACO	0	2293	
105	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATERISIMO CARDIACO	0	4024	
106	C	BYPASS CON CATERISIMO CARDIACO	0	3943	
107	C	BYPASS SENZA CATERISIMO CARDIACO	0	8118	
108	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	0	8919	
110	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	0	5424	
111	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC	0	3740	
112	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	150	4018	602 700
113	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCEZIO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	0	3528	
114	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MIELETTIE APPARATO CIRCOLATORIO	0	2342	
115	C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INTRITO MIGRATORIO ADULTO, INSUFF. CARD. D. SINCR.	0	6122	
116	C	ALTRI INTERVENTI IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE DEFIBRILLATORE AUTOM. GENERATORE IMPULSI	0	509	
117	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCEZIO SOSTITUZIONE	10	4117	41 170
118	C	SOSTITUZIONE PACEMAKER CARDIACO	0	884	
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1020	2110	2 152 200
120	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	80	3254	260 320
146	C	RESEZIONE RETTALE CON CC	0	3582	
147	C	RESEZIONE RETTALE SENZA CC	0	2914	
148	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	0	346	
149	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	0	2513	
150	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI CON CC	0	254	
151	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC	0	388	
152	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	0	2459	
153	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	30	2111	63 330
154	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	0	4191	
155	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	29	2317	46 340
156	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	0	2148	
157	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA. CON CC	0	4337	
158	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA. SENZA CC	250	1413	353 250
159	C	INTERVENTI PER ERNIA ECCEZIO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	30	1973	19 730
160	C	INTERVENTI PER ERNIA ECCEZIO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	350	1738	608 300
161	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	40	1829	73 160
162	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	2830	1798	5 088 340
163	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	350	1905	268 750
164	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA CON CC	0	2188	
165	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA SENZA CC	0	1730	
166	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA CON CC	0	1822	
167	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA SENZA CC	0	1889	
168	C	INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC	0	1889	
169	C	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	210	1757	368 970
170	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	0	2816	
171	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	10	1867	18 670
191	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	0	2857	
192	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	0	2868	
193	C	INTERV. BILIARI ECCEZIO COLECISTECTOMIA ISOL. CON SENZA ESPLOR. DOTTO BILIARE COM. CON CC	0	2856	
194	C	INTERV. BILIARI ECCEZIO COLECISTECTOMIA ISOL. CON SENZA ESPLOR. DOTTO BILIARE COM. SENZA CC	0	3240	
195	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	0	2356	
196	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	0	236	

*br*

*sl*

TABELLA XII.1 Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per Day Hospital chirurgico

ORG	TIPO	NOME	n dimissioni '99 in DH attese	tariffa '97	Ricavi '99 DH
197	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLOSAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	20	2655	53 100
198	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLOSAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	340	2358	801 720
199	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	10	2361	23 610
200	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	473	2721	1 278 870
201	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	10	3543	35 430
209	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPANTI DI ARTI INFERIORI	0	7729	0
210	C	INTERVENTI SU ANCHE E FEMORE ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETA > 17 CON CC	0	5143	0
211	C	INTERVENTI SU ANCHE E FEMORE ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETA < 17 SENZA CC	0	2648	0
212	C	INTERVENTI SU ANCHE E FEMORE ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETA < 18	0	3757	0
213	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	10	2453	24 530
214	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO CON CC	0	3824	0
215	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO SENZA CC	10	2176	21 760
216	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	10	2771	27 710
217	C	SBRIGLFERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCEP TO MANO PER MALAT. SIS. MUSCOCSHELE TESSUTO CONNET.	10	4231	42 310
218	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMIERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE ETA > 17 CON CC	0	3095	0
219	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMIERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE ETA > 17 SENZA CC	10	2200	22 000
220	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMIERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE ETA < 18	0	2437	0
221	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	10	3010	30 100
222	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	600	2961	1 776 600
223	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	0	1850	0
224	C	INTERVENTI SU SPALLA GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEP TO INT. MAGG. SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	30	1945	58 350
225	C	INTERVENTI SUL PIEDE	140	2126	297 640
226	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI CON CC	10	2427	24 270
227	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	350	1854	645 400
228	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INT. MANO O POLSO CON CC	20	2140	42 800
229	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEP TO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC	440	1833	806 520
230	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	50	1820	91 000
231	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEP TO ANCA E FEMORE	570	2278	1 297 220
232	C	ARTROSCOPIA	1170	2091	2 446 470
233	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	10	3738	37 380
234	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	50	2496	124 800
237	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	0	2059	0
238	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	0	2028	0
239	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	0	1973	0
240	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	100	1633	163 300
241	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCEP TO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	40	2563	102 520
242	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	1500	1782	1 768 000
243	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE E DALLA PELLE O CELLULITE CON CC	0	2097	0
244	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC	30	1633	48 990
245	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEP TO PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	0	2753	0
246	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEP TO PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC	3500	2102	7 357 000
247	C	INTERVENTI PERIANALI E PIROMIDALI	250	1522	380 500
248	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	110	1785	197 450
249	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	10	2225	22 250
270	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2500	1541	3 852 500
285	C	AMPUTAZIONE DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	0	3219	0
286	C	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA FOSFASI	0	3186	0
287	C	TRAPIANTI C. FANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOL.	10	2062	20 620
288	C	INTERVENTI PER OBESITA'	0	2972	0
289	C	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	0	2760	0
290	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	80	1998	159 840
291	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIROGLOSSO	10	1565	15 650
292	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	10	3484	34 840
293	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	20	2112	42 240
302	C	TRAPIANTO RENALE	0	7683	0
303	C	INTERVENTI SUL RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA PER NEOPLASIA	0	3490	0
304	C	INTERVENTI SUL RENE E URETERE E INT. MAGG. SU VESCICA NON PER NEOPLASIA MALIGNA CON CC	0	2818	0
305	C	INTERVENTI SUL RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA NON PER NEOPLASIA	30	2254	67 620
306	C	PROSTATECTOMIA CON CC	0	2046	0
307	C	PROSTATECTOMIA SENZA CC	0	1541	0
308	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA CON CC	10	2965	29 650
309	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA SENZA CC	30	2158	64 740
310	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE CON CC	25	1900	47 500
311	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	190	1638	311 220
312	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' > 17 CON CC	10	1739	17 390
313	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' > 17 SENZA CC	20	1469	29 380
314	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' < 18	10	2129	21 290
315	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	100	3158	315 800
334	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILI CON CC	0	2989	0
335	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILI SENZA CC	30	2703	81 090
336	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC	10	1633	16 330
337	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	40	1457	58 280
338	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	0	1985	0
339	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIA MALIGNA, ETA' > 17	100	1697	169 700
340	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIA MALIGNA, ETA' < 18	50	1821	91 050
341	C	INTERVENTI SUL PENE	170	3883	660 110
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	250	1753	438 250
343	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18	90	1295	116 550
344	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	10	2540	25 400
345	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCEP TO PER NEOPLASIE MALIGNI	10	2712	27 120
346	C	CASTERAZIONE PELVICIA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	0	2769	0
347	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI/ NON DELL'OVAIO O ANNESSI COM. CO.	0	2223	0

*Handwritten signatures and initials.*

TABELLA XII.1 Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per Day Hospital chirurgico

DRG	TIPO	NOME	n dimissioni '99		Ricavi '99	
			In DH attese	tariffa '97	DH	
355	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVAILO E ANNESSI SENZA CC	10	2104	21 040	
356	C	INTERVENTI RIABILITATIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0	1648		
357	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE DELL'OVAILO E DEGLI ANNESSI	0	2294		
358	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNHE CON CC	10	2104	21 040	
359	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNHE SENZA CC	100	2104	199 200	
360	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	340	1740	591 600	
361	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	40	2096	83 840	
362	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	10	1723	17 230	
363	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO DI MAT. RADIOATT. PER NEOPLASIE MALIGNHE	40	1844	65 760	
364	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNHE	2000	1447	2 894 000	
365	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	10	2252	22 520	
370	C	PARTO CESAREO CON CC	70	1459	102 130	
371	C	PARTO CESAREO SENZA CC	0	1418		
374	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	2	1558	3 116	
375	C	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCEPTE STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	0	2263		
377	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	40	1817	73 080	
381	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O STEREOCTOMIA	10640	1818	17 245 520	
367	C	SPLENECTOMIA, ETX 217	0	3072		
393	C	SPLENECTOMIA, ETX 218	0	1866		
394	C	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMATOPOIETICI	200	2442	488 400	
400	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	70	3540	247 800	
401	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	0	2556		
402	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	280	1900	531 000	
405	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INT. MAGG. CON CC	0	3309		
407	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INT. MAGG. SENZA CC	20	2392	47 840	
408	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	130	2383	309 790	
415	C	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	20	3201	64 020	
424	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIP. DI MALATTIA MENTALE	90	2290	206 100	
439	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	10	2871	28 710	
440	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	10	2551	25 510	
441	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	20	2018	40 320	
442	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, CON CC	10	2784	27 840	
443	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	50	2136	106 800	
458	C	LESIONI NON ESTESE CON TRAPIANTO DI PELLE	0	4907		
459	C	LESIONI NON ESTESE CON SBRIGLIAMENTO DI FERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	10	3420	34 200	
461	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	50	1948	97 400	
468	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	150	3334	500 100	
471	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTILI SUILE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	0	3484		
472	C	LESIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	0	1459		
475	C	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATI NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE	0	2253		
477	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE	100	1891	189 100	
479	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	0	1495		
479	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	40	2577	103 080	
480	C	TRAPIANTO DI FEGATO	0	24130		
481	C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	0	8679		
482	C	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI (LARINGI E/FARINGEI)	0	4758		
483	C	TRACHEOSTOMIA ECCEPTE PER DISTURBI ORALI (LARINGI E/FARINGEI)	0	3101		
484	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	10	2920	29 200	
485	C	REIMPIANTO DI ARTI INTERVENTI SU ANCA E REMOZE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0	8001		
488	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0	8190		
488	C	IBI V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	0	2845		
491	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	0	4911		
TOTALE			48690		93 362 620	

*ba* *ll*



ALLEG. alla DELIB. N. 2064  
 DEL 20 APR. 1999

*ew*

TABELLA XII.2 Volumi di accessi e spesa regionale attesi per Day Hospital non chirurgico					
DRG	TIPO	NOME	n° accessi		Ricavi '99
			attesi 1999	tariffa '97	DH
9	M	MALATTIE E TRAUMATISMI MIDOLLO SPINALE	1715	532	912 380
10	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	0	348	0
11	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	2345	514	1 205 330
12	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	3745	450	1 685 250
13	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	2293	443	1 015 789
14	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITO	200	463	92 800
15	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	1715	450	774 750
16	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	0	489	0
17	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	875	401	377 125
18	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	0	479	0
19	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	4900	463	2 288 700
20	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCETTO MENINGITE VIRALE	200	619	123 800
21	M	MENINGITE VIRALE	0	472	0
22	M	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	0	467	0
23	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	200	453	90 600
24	M	CONVULSIONI E CEFALEA, ETA' > 17 CON CC	0	527	0
25	M	CONVULSIONI E CEFALEA, ETA' > 17 SENZA CC	2240	475	1 064 000
26	M	CONVULSIONI E CEFALEA, ETA' < 18	4550	588	2 675 400
27	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA	0	613	0
28	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > CON CC	0	598	0
29	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA	200	517	103 400
30	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA, ETA' < 18	0	709	0
31	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 17 CON CC	0	423	0
32	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 17 SENZA CC	0	702	0
33	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 18	0	815	0
34	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	0	1558	0
35	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	5950	483	2 873 850
36	M	IFEMA	0	457	0
44	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	0	475	0
45	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	1365	576	786 240
46	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 17 CON CC	0	558	0
47	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	3745	516	1 932 420
48	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	1330	615	817 950
64	M	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	280	549	153 720
65	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	700	475	332 500
66	M	EPISTASSI	210	534	112 140
67	M	ERIGLOTTIDITE	0	564	0
68	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 17 CON CC	0	524	0
69	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	700	488	328 200
70	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	5250	511	2 682 750
71	M	LARINGOTRACHEITE	0	502	0
72	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	310	717	652 470
73	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	1540	602	927 080
74	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	6300	702	4 422 800
78	M	EMBOLIA POLMONARE	0	475	0
79	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	250	480	120 000
80	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	525	392	205 800
81	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	420	832	350 440
82	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2000	500	1 000 000
83	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE CON CC	0	538	0
84	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE SENZA CC	0	514	0
85	M	VERSAMENTO PLEURICO CON CC	0	485	0
86	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	210	471	98 910
87	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	0	524	0
88	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	11000	397	4 367 000
89	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	200	495	99 000
90	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	240	375	90 000
91	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	200	469	93 800
92	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE CON CC	0	447	0
93	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	500	426	213 000
94	M	PNEUMOTORACE CON CC	0	493	0
95	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	0	417	0
96	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	200	430	86 000
97	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	1700	391	647 700
98	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	8575	459	4 193 175
99	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	200	423	84 600
100	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	735	395	288 855
101	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	0	538	0
102	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	1120	499	558 880
121	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSE	0	972	0
122	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIME	200	567	113 400
123	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO SOTTO MORTI	0	843	0
124	M	MAL. CARDIOVASC ESCLUSO IMA CON CATETERISMO CARDIACO DIAG. COMPLIC.	840	895	751 800
125	M	MAL. CARDIOVASC ESCLUSO IMA CON CATETERISMO CARDIACO DIAG. NO COMPLIC.	2635	874	2 477 780
129	M	ENDOCARDITE AGUTA E SUBACUTA	0	538	0
127	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	210	491	99 910

*ew*

*R*

TABELLA XII.2 Volumi di accessi e spesa regionale attesi per Day Hospital non chirurgico

DRG	TIPO	NOME	n° accessi attesi 1999	tariffa '97	Ricavi '99 DH
128	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	200	499	81 800
129	M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	50	540	27 000
130	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	525	483	253 575
131	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	2345	438	1 027 110
132	M	ATEROSCLEROSI CON CC	315	482	151 830
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC	1365	447	610 155
134	M	IPERTENSIONE	1470	454	667 380
135	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	20	502	10 040
136	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	1505	462	695 310
137	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	8400	859	7 561 800
138	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	245	622	152 390
139	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	7595	472	3 584 840
140	M	ANGINA PECTORIS	1050	477	500 850
141	M	SINCOPE E COLLASSO CON CC	30	510	15 300
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	340	470	159 800
143	M	DOLORE TORACICO	260	740	192 400
144	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	0	558	0
145	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	3850	488	1 878 800
172	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	500	524	262 000
173	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	13500	519	7 006 500
174	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE CON CC	0	514	0
175	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC	200	446	89 200
176	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	0	525	0
177	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC	0	492	0
178	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC	700	417	291 900
179	M	MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINO	5000	478	2 390 000
180	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE CON CC	0	389	0
181	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE SENZA CC	0	532	0
182	M	ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17	0	539	0
183	M	ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 17	3850	242	1 761 700
184	M	ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	10500	517	5 429 500
185	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' > 17	875	603	527 625
186	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 17	1120	564	631 680
187	M	ESTRAZIONE E RIPARAZIONE DENTALE	1640	719	1 107 280
188	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	0	519	0
189	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	2485	485	1 205 225
190	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	200	537	107 400
202	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	6200	618	3 831 600
203	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOSILIARE O DEL PANCREAS	5100	530	2 703 000
204	M	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	1000	469	469 000
205	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA C	800	528	422 400
206	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA S	32700	524	17 134 800
207	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	0	491	0
208	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	1155	444	512 820
235	M	FRATTURE DEL FEMORE	0	550	0
236	M	FRATTURE DEL BACINO E DELLA PELVI	0	568	0
237	M	DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	0	480	0
238	M	OSTEOMIELITE	600	528	315 600
239	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SIST. MUSCOLOSCHEL. E TESSUT	5100	562	2 863 200
240	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	200	514	102 800
241	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	13300	467	6 211 700
242	M	ARTRITE SETTICA	200	584	116 800
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	5705	468	2 669 940
244	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	0	558	0
245	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	3745	465	1 703 975
246	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	245	445	109 025
247	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCHILETRICO E AL TESSUTO CONNETT	300	486	145 800
248	M	TENDINITI MIOSITE E BORSITE	1930	473	914 640
249	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST. MUSCOLOSCHEL. E DEL TESSUTO C	2205	581	1 281 105
250	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE E	0	891	0
251	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ET	210	647	135 870
252	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE E	0	708	0
253	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI BRACCIO E GAMBA ECCETTO PIEDE E	0	621	0
254	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI BRACCIO GAMBA ECCETTO PIEDE E	665	452	300 580
255	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO E GAMBA ECCETTO PIE	0	690	0
258	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3780	540	2 041 200
271	M	ULCERE DELLA PELLE	1500	405	607 500
272	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	200	638	127 600
273	M	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	2625	425	1 115 625
274	M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	400	621	248 400
275	M	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	19000	317	7 755 000
276	M	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	700	507	354 900
277	M	CELLULITE, ETA' < 17 CON CC	0	445	0
278	M	CELLULITE, ETA' > 17 SENZA CC	200	423	84 600
279	M	CELLULITE, ETA' < 18	200	524	104 800
280	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA' > 17 CO	0	399	0

TABELLA XII.2 Volumi di accessi e spesa regionale attesi per Day Hospital non chirurgico

ORG.	TIPO	NOME	n° accessi	tariffa '97	Ricavi '99
			attesi 1999		DH
261	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' > 17 SE	200	627	125 400
262	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' < 18	0	576	
263	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	200	477	95 400
264	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	3500	454	1 589 000
284	M	DIABETE ETA' > 35	19300	434	8 376 200
295	M	DIABETE ETA' < 35	13000	589	7 657 000
296	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETA' > 17	350	481	168 350
297	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETA' > 17	9300	465	4 324 500
298	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETA' < 18	10000	481	4 810 000
299	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	6000	680	3 950 000
300	M	MALATTIE ENDOCRINE CON CC	500	540	270 000
301	M	MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	17500	540	9 450 000
316	M	INSUFFICIENZA RENALE	4000	625	2 500 000
317	M	RICOVERO PER DIALISI RENALE	0	578	
318	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	0	645	
319	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	2240	484	1 084 160
320	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' > 17 CON CC	3430	478	1 629 540
321	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC	1190	453	539 070
322	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETA' < 18	1750	534	934 500
323	M	CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	3325	567	1 885 275
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	820	429	351 780
325	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 CON CC	0	582	
326	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC	600	511	321 900
327	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETA' < 18	1050	546	573 900
328	M	STENOSI URETRALE ETA' > 17 CON CC	0	622	
328	M	STENOSI URETRALE ETA' > 17 SENZA CC	385	467	179 795
330	M	STENOSI URETRALE ETA' < 18	0	601	
331	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 CON CC	0	611	
332	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 SENZA CC	2835	498	1 406 160
333	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETA' < 18	5600	663	3 712 800
348	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC	0	569	
347	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE SENZA CC	1995	513	1 023 435
348	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	0	548	
349	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SENZA CC	1505	440	662 200
350	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1890	521	984 990
364	M	STERILIZZAZIONE MASCHILE	0	59	
362	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	4270	912	3 894 240
366	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC	300	603	180 900
367	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE SENZA CC	8600	546	4 695 800
368	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	210	500	105 000
369	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3780	566	2 290 660
372	M	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	0	315	
373	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	0	598	
376	M	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	0	515	
378	M	GRAVIDANZA ECTOPICA	0	579	
379	M	MINACCIA DI ABORTO	2905	558	1 620 990
380	M	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	945	671	634 095
382	M	FALSO TRAVAGLIO	0	650	
383	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	1925	581	1 079 925
384	M	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	2935	485	1 374 975
385	A	NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	0	589	
389	A	NEONATI GRAVEMENTE IMMATURI CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	0	534	
387	A	PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	0	505	
388	A	PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	0	366	
389	A	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	0	394	
390	A	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	0	313	
391	A	NEONATO NORMALE	0	335	
395	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	5740	542	3 111 050
396	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 18	4200	586	2 503 200
397	M	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	2975	344	2 510 900
398	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	210	708	148 680
399	M	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	2155	547	1 460 735
403	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	1000	718	718 000
404	M	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	53700	526	29 298 200
405	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 18	6000	1348	8 088 000
409	M	RADIOTERAPIA	9030	703	6 348 090
410	M	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	55700	668	37 207 800
411	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	5250	519	2 724 750
412	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	455	677	308 035
413	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON CC	0	541	
414	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE SENZA CC	4000	509	2 036 000
415	M	SEPTICEMIA, ETA' > 18	0	504	
417	M	SEPTICEMIA, ETA' < 18	0	521	
418	M	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	200	500	100 000
419	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC	0	544	
420	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	630	491	309 330

*Handwritten signatures and initials:*  
 A  
 H



TABELLA XII.2 Volumi di accessi e spesa regionale attesi per Day Hospital non chirurgico					
DRG	TIPO	NOME	n° accessi attesi 1999	tariffa '97	Ricavi '99 DH
421	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17	385	510	196 350
422	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18	1225	534	654 150
423	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	735	636	466 930
425	M	REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	1150	597	683 030
426	M	NEVROSI DEPRESSIVE	1050	408	428 400
427	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	1545	439	722 155
428	M	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	2450	391	957 950
429	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	9450	429	4 054 050
430	M	PSICOSI	2240	369	826 580
431	M	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	9450	443	4 186 350
432	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	1085	460	499 100
433	A	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOLO/FARMACI, DIMESSO CONTRO PARERE DEI SANITARI	0	582	
434	A	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOLO/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATT. SINT.	0	407	
435	A	ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOLO/FARMACI, DISINTOSSICAZIONE O ALTRO TRATT. SINT.	200	350	70 000
436	A	DIPENDENZA DA ALCOOLO/FARMACI, CON TERAPIA RIABILITATIVA	0	267	
437	A	DIPENDENZA DA ALCOOLO/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICAZIONE COMB.	0	290	
444	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17 CON CC	0	453	
445	M	TRAUMATISMI, ETA' > 17 SENZA CC	280	450	126 000
446	M	TRAUMATISMI, ETA' < 18	0	641	
447	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17	80	565	45 200
448	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18	350	544	190 400
449	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 17 CON CC	0	589	
450	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	1400	568	795 200
451	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 18	245	678	166 110
452	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI CON CC	0	548	
453	M	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC	200	455	91 000
454	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI CON CC	0	631	
455	M	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI SENZA CC	200	631	126 200
456	M	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	0	659	
457	M	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	0	607	
458	M	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	0	517	
462	M	RIABILITAZIONE	1500	460	690 000
463	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	0	523	
464	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	200	422	84 400
466	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SB	0	388	
466	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI	5700	581	3 311 700
467	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	2480	532	1 292 760
469	A	DIAGNOSI PRINCIPALE NON AZIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	0	193	
470	A	NON ATTRIBIBILE AD ALTRO DRG	430	114	49 020
473	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	9800	1548	15 190 200
475	M	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	0	916	
497	M	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0	365	
499	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	600	548	328 800
480	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	6500	559	36 365 000
492	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	400	1102	440 800
		TOTALE	686248		393 547 479

e

TABELLA XVI DRG per i quali si applica lo scorrimento delle quantità programmate tra le classi (Regola 3)

DRG	TIPO	NOME
6	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE
17	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC
19	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC
42	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEP TO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO
60	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18
65	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO
69	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC
86	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC
88	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
89	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC
90	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC
96	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC
99	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC
100	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC
116	C	ALTRI INTERV. IMPIANTO PACEMAKER CARD. PERMAN. O DEFIBRILLATORE AUTOM. O GENERATORE IMPULSI
121	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI
122	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI
127	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
128	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE
130	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC
132	M	ATEROSCLEROSI CON CC
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC
134	M	IPERTENSIONE
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC
143	M	DOLORE TORACICO
144	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC
145	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC
181	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC
182	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC
185	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA SENZA CC
187	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA SENZA CC
174	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE CON CC
175	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC
178	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC
179	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO
181	M	OCCCLUSIONE GASTROINTESTINALE SENZA CC
182	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 CON CC
183	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC
188	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 CON CC
202	M	CIROSI E EPATITE ALCOOLICA
209	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI
213	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO
215	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO SENZA CC
224	C	INTERVENTI SU SPALLA GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEP TO INT. MAGG. SU ARTICOLAZIONI SENZA CC
225	C	INTERVENTI SUL PIEDE
227	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC
229	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEP TO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC
230	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE
231	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEP TO ANCA E FEMORE
232	C	ARTROSCOPIA
234	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC
239	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI E DEL SIST. MUSCOLOSCHIEL. E TESSUTO CONNETTIVO
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO
244	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC
245	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC
246	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE
247	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO
251	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETA' > 17 SENZA CC
254	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI BRACCIO GAMB A ECCEP TO PIEDE ETA' > 17 SENZA CC
255	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO E GAMB A ECCEP TO PIEDE ETA' < 18
258	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO SCHELETTRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
278	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC
281	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' > 17 SENZA CC

R

TABELLA XVI DRG per i quali si applica lo scorrimento delle quantità programmate tra le classi (Regola 3)

DRG	TIPO	NOME
284	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC
290	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE
300	M	MALATTIE ENDOCRINE CON CC
309	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA SENZA CC
311	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC
313	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' > 17 SENZA CC
319	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17
348	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC
359	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC
373	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI
379	M	MINACCIA DI ABORTO
381	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROECTOMIA
391	A	NEONATO NORMALE
414	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE SENZA CC
420	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC
443	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC
468	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
477	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE

*cu*

*H*