

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

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 7 MAR. 2000

ADDI' 7 MAR. 2000 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

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

ASSISTE IL VICE SEGRETARIO Dott. Adolfo Papi.  
..... OMISSIS

ASSENTI: BONADONNA - MARRONI - META

DELIBERAZIONE N° 713

OGGETTO: Sistema di remunerazione delle attivita' di assistenza ospedaliera per l'anno 2000.



OGGETTO: sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per l'anno 2000

## LA GIUNTA REGIONALE

*premesse*

VISTA la DGR 2069/99 che definiva il sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per il 1999;

CONSIDERATO che l'applicazione della DGR 2069/99 ha consentito il contenimento della spesa per prestazioni di ricovero ospedaliero, orientandone la erogazione verso una maggiore qualità, una maggiore appropriatezza e una maggiore corrispondenza ai bisogni di salute della popolazione;

CONSIDERATO che i soggetti erogatori di assistenza ospedaliera hanno, nella totalità, accettato quanto nelle diverse modalità di remunerazione previsto dalla DGR 2069/99;

RITENUTO che sia utile confermare l'impianto generale della DGR 2069/99, la cui definizione è stata il risultato di un procedimento partecipativo al quale hanno concorso le associazioni esponenti dei soggetti erogatori privati accreditati, le aziende sanitarie pubbliche e i soggetti erogatori delle università e del terzo settore.

RITENUTO opportuno aggiornare, sulla base dei risultati dell'attività svolta nel 1998 e di modifiche nei profili funzionali di alcuni soggetti erogatori, la classificazione dei soggetti erogatori per assicurare la massima possibile corrispondenza tra la complessità delle strutture e quella delle prestazioni erogate;

RITENUTO in particolare che il profilo di attività della struttura denominata Aurelia Hospital sia caratterizzato da un impegno crescente nel trattamento di pazienti acuto a rischio elevato e con rilevanti aspetti di criticità;

RILEVATO che la struttura denominata Aurelia Hospital svolge funzione di DEA di 1 livello per un'ampia area geografica del litorale laziale a nord del Comune di Fiumicino;

STABILITO che sia opportuno confermare quanto previsto dalla DGR 2069/99 riguardo a:

- l'articolazione della classificazione dei soggetti erogatori di assistenza ospedaliera per acuti in 4 classi di complessità
- criteri aggiuntivi di attribuzione della classe di complessità,
- l'estensione a tutte le strutture per acuti dell'attività di day hospital
- criteri di calcolo dei tassi di occupazione dei posti letto accreditati per area funzionale
- procedure di riattribuzione, a classi di complessità diverse, di prestazioni non effettuate dalla classe di complessità di primitiva attribuzione

RITENUTO altresì che sia necessario, sulla base delle modifiche intervenute come risultato della riconversione e della riqualificazione delle strutture già convenzionate per la lungodegenza definire in analogia a quanto stabilito per la remunerazione della attività ospedaliera per acuti, un portafoglio certo per le attività di riabilitazione e di lungodegenza medica;

RITENUTO necessario, alla luce di esigenze assistenziali che emergono con sempre maggiore evidenza sulla base delle informazioni disponibili, prevedere in aggiunta ai raggruppamenti nei quali la DGR 2069/99 distingueva le attività riabilitative una categoria riabilitativa specifica per



l'assistenza ai pazienti postcomatosi con alterazioni permanenti della coscienza e danni neurologici di gravità estrema;

RITENUTO necessario rafforzare quanto già previsto dalla DGR 2069/99 in termini di riconoscimento economico della continuità assistenziale tra ricovero in acuzie e trattamenti di immediata postacuzie, in riabilitazione e in lungodegenza medica, premiando le strutture di riabilitazione e di lungodegenza medica che accettino, in via privilegiata, pazienti dalle strutture per acuti

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;

CONSIDERATO che, pur in presenza di un rilevante, seppur limitato, aumento dei costi di produzione delle strutture di assistenza ospedaliera, non sono stati prodotti dal Ministero della Sanità ulteriori aggiornamenti 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;

PRESO ATTO del D.L. 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte della amministrazione centrale e di quelle regionali, ribadisce comunque l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

CONFERMATE le regole di remunerazione con valenza pluriennale previste nella DGR 2069/99 e ravvisata la necessità di un loro costante adattamento, con una revisione annuale dei volumi e della distribuzione tra le classi dei soggetti erogatori delle prestazioni giudicate necessarie, dei portafogli per prestazione e tipologia di prestazioni, dei tetti individuali di remunerazione e della classificazione dei soggetti erogatori, revisione peraltro prevista dalla medesima 2069/99;

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 viene disciplinata dal presente atto la remunerazione delle seguenti attività:

1. Ricovero ordinario per acuti
2. Ricovero in day hospital per acuti, compresa la chirurgia diurna (day surgery)
3. Attività di Pronto Soccorso e di emergenza
4. Ricoveri di riabilitazione intensiva di immediata postacuzie nelle differenti tipologie
5. Ricoveri di lungodegenza medica





Assessorato

**Salvaguardia e Cura della Salute**

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, dalle strutture provvisoriamente accreditate che svolgessero ancora, eventualmente, attività residuale di tipo manicomiale, dalle Residenze Sanitarie Assistenziali, e dalle case di cura già convenzionate per la lungodegenza, per la parte di attività non ancora riconvertita in RSA, riabilitazione intensiva postacuzie o lungodegenza medica, che saranno oggetto di differente atto deliberativo;

CONSIDERATO che, analogamente, non sono attività la cui remunerazione è disciplinata dal presente atto quelle definite come attività riabilitative di tipo "estensivo" e di "mantenimento", che saranno oggetto di differente atto deliberativo;

CONSIDERATO che le informazioni sulle attività di ricovero ospedaliero, di cui la Regione ormai ordinariamente dispone, documentano come la quantità complessiva e la qualità delle prestazioni ospedaliere siano state positivamente influenzate dalla disciplina del sistema di remunerazione definita dalla 2069/99, e confermano l'opportunità di ulteriori interventi tariffanti miranti a:

- Ridurre l'eccesso di prestazioni di ricovero ospedaliero (ancora prossime a 190 ricoveri per 1000 abitanti rispetto ai 160 previsti);
- Ridurre l'eccesso di prestazioni inappropriate per modalità di erogazione;
- Ridurre l'eccesso di ricoveri inappropriati sulla base della diagnosi di dimissione;
- Migliorare ulteriormente la distribuzione del "case mix" con la concentrazione della maggioranza dei casi gravi e complessi in un numero relativamente piccolo di strutture di adeguata complessità;
- Ridurre la disparità territoriale nell'accesso alle prestazioni incentivando l'aumento perequativo di alcune prestazioni;
- Riconoscere e remunerare attività di assistenza protratta in pazienti postcomatosi o con danni neurologici di estrema gravità

CONFERMATA la necessità che il 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 remunerate prospetticamente non potrà superare per il 2000 la somma complessiva di Lit. 4.950 miliardi

CONSIDERATO che il meccanismo di programmazione delle quantità di prestazioni attese, per gruppo di prestazioni e per classe, mostrandosi efficace nel ridurre il numero di prestazioni inappropriate ed inefficaci, consente di rispettare il budget sopra indicato adottando, per il 2000, una maggiorazione delle tariffe regionali rispetto a quelle previste dal Decreto Ministeriale 30/6/97,



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Assessorato

**Salvaguardia e Cura della Salute**

pari al 25% per le prestazioni di day hospital medico per acuti e pari al 25% per le prestazioni di day hospital chirurgico.

RITENUTO che, in relazione alle suesposte motivazioni, il sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera debba continuare ad 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, riabilitazione),
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 economie 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'All. 1;

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,

CONSIDERATO l'obbligo per le strutture pubbliche e private accreditate di svolgere ogni forma di attività per la quale sono accreditate senza oneri per l'utenza, limitatamente alle attività sanitarie e con l'eccezione di quanto disposto dalle norme sulla libera professione "intra-moenia";

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;

CONFERMATA la facoltà, per tutti i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, di riconvertire in day-hospital un numero di posti letto non superiore al 10% del numero complessivo di posti letto accreditati, sulla base di semplice notificazione alla Regione e alla ASL di ubicazione con 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;





Assessorato

Ricovero ospedaliero in acuzie di cittadini residenti nel Lazio. **Sicurezza e Cura della Salute** 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.

Roma, il .....

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 (Medicina, chirurgia, compresa la chirurgia ginecologica, e ostetricia)

CONSIDERATO che è possibile definire a priori, per il ricovero ordinario in acuzie di cittadini residenti nel Lazio, il peso economico di ciascun soggetto erogatore applicando alle prestazioni erogate da ciascuna struttura nel 1998 a cittadini residenti nel Lazio e documentate dal Sistema Informativo ospedaliero (SIO) il sistema tariffario scalare confermato dalla presente deliberazione e analiticamente descritto dall'All.1, senza applicare le maggiorazioni delle tariffe regionali rispetto a quelle previste dal Decreto Ministeriale 30/6/97.

STABILITO che il peso economico di cui al precedente CONSIDERATO costituisce il termine di riferimento per la remunerazione ottenibile nel 2000 per l'attività erogata a favore dei residenti nel Lazio 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'All. 2. (Tabella A), che forma parte integrante della presente deliberazione;

RILEVATO che per la Casa di Cura "Chirurgia addominale all'EUR", accreditata provvisoriamente nel corso del 1999, non sono disponibili i valori di attività 1998 necessari al calcolo della RCR e che quindi tale quantità dovrà essere determinata con ulteriore, apposito provvedimento della Giunta regionale

CONSIDERATO che il sistema di remunerazione di cui all'All. 1. consente a ciascuno degli stessi soggetti erogatori di conservare, a parità di prestazioni erogate, per il ricovero ordinario in acuzie dei residenti nel Lazio, 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 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 nel corso del 1999 si sono stabilizzate le capacità produttive per le attività assistenziali di riabilitazione e lungodegenza medica, anche come realizzazione degli accordi intervenuti con le case di cura già convenzionate per la lungodegenza, ed è quindi possibile stabilire a priori l'ammontare complessivo delle risorse economiche che possono essere destinate alle attività di riabilitazione e lungodegenza medica e prevedere modalità di remunerazione scalare, analoghe a quelle individuate per il ricovero in acuzie, analiticamente descritte nell'All.1, che forma parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO che è possibile definire il peso economico di ciascun soggetto erogatore di riabilitazione intensiva postacuzie e di lungodegenza medica, considerando la dotazione di posti letto attivi al 31/12/1999, anche in attuazione degli accordi intercorsi tra i soggetti erogatori già provvisoriamente accreditati per l'assistenza in lungodegenza e la Regione Lazio, e la tipologia





Assessorato  
delle prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza medica erogate nei primi 9 mesi del 1999 e documentate al Sistema Informativo ospedaliero (SIO);  
**Salvaguardia e Cura della Salute**

CONSIDERATO che nel corso del 1999 si sono definite e sono in attesa di accreditamento le capacità produttive per le attività assistenziali di riabilitazione per i <sup>Roma, R</sup> postcomatosi ed è quindi possibile stabilire a priori il peso economico di ciascun soggetto erogatore di riabilitazione per i postcomatosi;

STABILITO che il peso economico di cui ai due precedenti CONSIDERATO, calcolato secondo le regole esposte nell'Allegato 1, che forma parte integrante della presente deliberazione, costituisce il termine di riferimento per la remunerazione ottenibile nel 2000 dalle strutture di riabilitazione e lungodegenza medica e sarà da ora in poi chiamato "remunerazione complessiva di riferimento - RCR" e che la RCR di ciascun soggetto erogatore di riabilitazione e lungodegenza medica è indicata nell'Al. 2. (Tabella B), che forma parte integrante della presente deliberazione;

STABILITO che l'attribuzione ai soggetti erogatori di una RCR per la riabilitazione e/o la lungodegenza medica corrisponde al riconoscimento della condizione di soggetti accreditati provvisoriamente per le rispettive tipologie assistenziali.

STABILITO inoltre che, ai fini del riconoscimento di cui al precedente STABILITO, deve essere fornita, alla ASL di ubicazione, da parte dei soggetti ai quali è stata riconosciuta RCR per le attività di riabilitazione e/o lungodegenza medica, ove non sia ancora stato emanato specifico provvedimento di autorizzazione per le rispettive tipologie assistenziali, una dichiarazione formale che autocertifichi il possesso dei requisiti prescritti dalle normative vigenti e che l'assenza dell'autocertificazione è incompatibile con la remunerazione delle relative prestazioni, a prescindere dalla RCR riconosciuta.

AFFERMATO il diritto della ASL di ubicazione ad effettuare i necessari controlli sulle dichiarazioni rese ai fini del riconoscimento delle attività di riabilitazione intensiva postacuzie e di lungodegenza medica per le strutture non ancora in possesso delle previste autorizzazioni e stabilita l'immediata decadenza dell'accREDITAMENTO provvisorio in caso di controllo con esito negativo.

CONSIDERATO che il sistema di remunerazione di cui all'Al. 1. consente a ciascuno dei soggetti erogatori di riabilitazione intensiva postacuzie e di lungodegenza medica di conservare, a parità di prestazioni erogate, 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;

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 a remunerazione scalare sopra delineato e analiticamente descritto nell'Al. 1;

RITENUTO che, per i soggetti erogatori di attività ospedaliera per acuti e di attività di riabilitazione e lungodegenza medica, l'alternativa sopracitata consista nella opzione per un contratto che preveda, per il 2000:

- la remunerazione delle prestazioni per acuti erogate a favore di cittadini residenti nel Lazio in base alla tariffa nazionale di riferimento (D.M. 30/6/97), abbattuta secondo la classe di





Assessorato

Salvaguardia e Cura della Salute

- la remunerazione delle prestazioni per acuti erogate a favore di cittadini non residenti nel Lazio in base alla tariffa nazionale di riferimento (D.M. 30/6/97), abbattuta secondo la classe di appartenenza
- la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione per i postcomatosi, riabilitazione intensiva postacuzie e lungodegenza medica in base alla tariffa nazionale di riferimento (D.M. 30/6/97), abbattuta secondo la classe di appartenenza, fino ad un importo, denominato Tetto Individuale di Remunerazione (TIR), pari al 90% della corrispondente remunerazione complessiva di riferimento

e che le prestazioni remunerabili debbano comunque essere solo quelle identificate dai DRG o dai gruppi di prestazioni previsti come effettuabili nella classe di appartenenza;

STABILITO che i Tetti Individuali di Remunerazione (TIR) per soggetti erogatori di attività di ricovero per acuti e di attività di riabilitazione e lungodegenza medica sono analiticamente descritti nell'All. 3. (Tabelle A e B).;

RITENUTO che i budget attribuiti alle strutture 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;

RITENUTO che le prestazioni effettuate dalle strutture che abbiano optato per i Tetti Individuali di Remunerazione (TIR) debbano comunque concorrere a definire i volumi di prestazioni erogate ai fini della modulazione tariffaria;

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

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**

Di stabilire l'entrata in vigore dell'aggiornamento del sistema di remunerazione scalare definito dalla presente deliberazione e dai suoi allegati, che ne costituiscono parte integrante, con effetto dal 1.1.2000

Di prevedere, per il 2000, a copertura dei maggiori costi di produzione sostenuti dai soggetti erogatori e a sostegno di modalità più efficienti di erogazione dell'assistenza, una maggiorazione delle tariffe regionali rispetto a quelle previste dal Decreto Ministeriale 30/6/97, pari al 3% per le prestazioni di ricovero ordinario e day hospital medico per acuti e pari al 25% per le prestazioni di day hospital chirurgico.

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*





Assessorato

**Salvaguardia e Cura della Salute**

Di approvare il quadro riassuntivo delle remunerazioni complessive di riferimento (RCR) di ciascun soggetto erogatore di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza medica, di cui all'All. 2 (Tabelle A e B), che forma parte integrante della presente deliberazione.

Di rimandare ad ulteriore atto deliberativo la determinazione della RCR della Casa di cura "Chirurgia addominale all'EUR" accreditata provvisoriamente solo nel corso del 1999.

Di considerare una quantità economica pari a 1/12 della RCR definita per il 2000, o se più elevato, a 1/12 della RCR definita per il 1999, come base per la fatturazione mensile in acconto per ciascun soggetto erogatore, secondo regole che saranno oggetto di apposito provvedimento di indirizzo da emanare entro 30 gg dall'approvazione del presente atto deliberativo.

Di riconoscere la struttura denominata Aurelia Hospital come struttura sede di DEA di 1 livello

Di consentire ai soggetti erogatori di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza medica 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, come da All. 3 (Tabelle A e B), che forma parte integrante della presente deliberazione.

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

Di sottrarre i budget attribuiti alle strutture che decidano di optare per il sistema contrattuale caratterizzato dai tetti individuali massimi indicati, per ciascuna struttura e per le diverse tipologie assistenziali, nell'All. 3. (Tabelle A e B), 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 ritenere 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, 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)

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*



113

- 7 MAR. 2000

Assessorato

Di ~~mandare all'Assessorato alla Sanità e Cura della Salute~~ **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.ocr.org](http://www.ocr.org) ed inviandola a tutti i soggetti interessati entro 15 giorni dalla sua approvazione;

Roma, 11

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 tetti massimi specificati in modo puntuale nell'All. 3..

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

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 tetti massimi di remunerazione di cui alla presente deliberazione;

Di stabilire in Lit. 4.950 miliardi il limite massimo di disponibilità del fondo regionale per la remunerazione tariffaria delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate a favore di residenti della Regione Lazio, e del complesso delle prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza medica, 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 e, secondo le tariffe nazionali di riferimento (D.M. 30/6/97), articolate per categoria o classe di soggetto erogatore, riconosciute per ciascuna prestazione o gruppo di prestazioni al netto delle eventuali modulazioni scalari, le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate a favore di residenti di regioni diverse dal Lazio;

Di impegnare l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) a rendere pubblici, attraverso la loro disponibilità sul sito internet [www.ocr.org](http://www.ocr.org), 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 15/6/2000 ed il 30/9/2000

IL PRESIDENTE: f.to PIETRO BADALONI

IL VICE SEGRETARIO: f.to Dott. Adolfo PAPI



22 MAR. 2000

DELIB. N. 753  
7 MAR. 2000

## Sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per l'anno 2000

### Allegato I

### **Sistema di tariffe scalari delle attività di assistenza ospedaliera 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 adottati per l'anno 2000 integrano quelli utilizzati nel 1999 in quanto tengono conto anche delle verifiche effettuate nel corso dello stesso 1999 sulle strutture di assistenza perinatale che sono state classificate in base al effettivo riscontro del possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale. Gli altri elementi che hanno concorso alla classificazione sono quelli già utilizzati per il 1999 e sono desunti dall'archivio sulla attività di ricovero svolta nel 1998. Questi criteri 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

R



formalmente definiti a livello nazionale, la stima effettuata sulla domanda espressa "storica" 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 rappresenta 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 considerati positivamente i risultati della sua prima applicazione si conferma un processo di **prioritarizzazione esplicita** delle prestazioni erogate a carico del SSN, e l'introduzione di 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 continuare ad essere accompagnato da altri interventi efficaci come è stato il caso della realizzazione e della diffusione delle linee guida per il parto cesareo che insieme allo strumento tariffario hanno contribuito nel 1999 alla prima flessione nel ricorso al cesareo che sia stata osservata nella regione Lazio negli ultimi 10 anni. Strumento ulteriore e indispensabile è inoltre rappresentato dalla realizzazione del processo di accreditamento, il cui avvio sarà oggetto di specifico e distinto provvedimento.

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



*M*

- regime di ricovero)
- Assistenza protratta nel postcoma, e/o in pazienti con disturbi prolungati della coscienza e danni neurologici di estrema gravità
  - Lungodegenza medica

## 2. Ricovero ordinario in acuzie

### Criteri generali

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

- codice della tipologia dell'assistenza = 1 (acuzie)
- codice della specialità di dimissione e della specialità di ricovero diversi da 60, 56, 28, 75.
- codice del regime di ricovero uguale a 1 (ordinario).

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 attribuiti alla casistica delle dimissioni
- d. n° di specialità assistenziali attive, definite sulla base del DRG attribuito all'episodio di ricovero
- e. proporzione, sul totale delle dimissioni, di dimissioni attribuite ai 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 e successive modificazioni)	DEA di 2°	3
			DEA di 1°	2
			P.S.	1
			Non emergenza	0
b	Perinatale	Classe assistenza perinatale (DGR 4238/97, verifica requisiti 1999)	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
			[41 - 100]	1
			≤40	0



SL

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
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

12

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
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	10, 11, 64, 82, 172, 173, 199, 203, 239, 274, 275, 318, 319, 346, 347, 363, 366, 367, 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

SL

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

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
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





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 " $\geq 4$ ").

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 regionale (Tariffa prevista dal D.M. 30/6/97 maggiorata del 3%)
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).

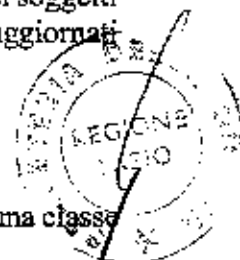
Con successivi provvedimenti si provvederà ad aggiornare i criteri di classificazione dei soggetti erogatori e a riclassificare i soggetti stessi, anche sulla base dei dati di attività più aggiornati raccolti dal S.I.O.

#### Determinazione della quantità' di prestazioni programmata

La quantità di prestazioni (QP) programmata per il 2000 per ciascun DRG e per ciascuna classe è stata determinata sulla base:

- della domanda espressa di prestazioni ospedaliere nella popolazione del Lazio nel 1998
- 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:



*Handwritten signature*

- del numero totale di prestazioni di ricovero erogate nel 1998 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.

Per alcuni DRG, caratterizzati da percentuali rilevanti di ricoveri brevi, le QP sono state definite separatamente per i ricoveri di 0-1 giorno e quelli di 2 o più giorni. Nel seguito, il termine "DRG" verrà utilizzato per indicare anche le sottocategorie così definite.

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 (diversa da medicina generale e chirurgia generale) 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 1998, al 4.2%) 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.



*Handwritten signature*

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

$$R_j = Tar_i \cdot C_j \cdot \min \left( 1 ; \frac{QPatt_j}{QPoss_j} \right)$$

e cioè sarà pari alla remunerazione corrispondente alla tariffa massima regionale per quel DRG ( $Tar_i = 103\%$  della tariffa prevista dal D.M. 30/6/97) 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 ( $QPatt_j$ ), e la QP con quel DRG effettivamente osservata nella classe ( $QPoss_j$ ).

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

- stabilire QP necessarie per i residenti
- stabilire 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 XVII si applica la seguente regola di compensazione:

Qualora i soggetti erogatori di classe I eroghino 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 eroghino 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 eroghino 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 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 (senza maggiorazione del 3%), gli abbattimenti per classe di complessità e la modulazione per volumi previste dalla regola 2, alle prestazioni dello stesso tipo erogate nel 1998 (remunerazione complessiva di riferimento). In questo caso la remunerazione effettivamente riconosciuta è pari al 125% del valore teorico 1998. L'importo costituito dal totale delle remunerazioni eccedenti il 125% del valore teorico 1998 (*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 1998. La ripartizione viene fatta proporzionalmente al numero pesato delle dimissioni di residenti effettuate, secondo la formula:

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

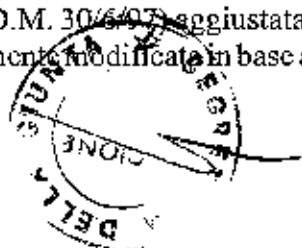
in cui la compensazione per il soggetto erogatore *k* con remunerazione inferiore al 100% del valore teorico 1998 (*Cmp<sub>k</sub>*) è pari al totale delle remunerazioni eccedenti il 125% del valore teorico 1998 (*Ecc125*), moltiplicato per un coefficiente dato dal prodotto tra il numero di dimissioni di residenti di quel soggetto erogatore (*Nric<sub>k</sub>*) e il loro peso medio (*Pmed<sub>k</sub>*), e diviso per la somma, su tutti i soggetti da compensare, dei coefficienti stessi.

In ogni caso, fino alla parità di prestazioni erogate nel 2000 rispetto a quelle erogate nel 1998 (parità definita come somma dei pesi attribuiti a ciascuna prestazione) nessun soggetto erogatore percepirà una remunerazione inferiore al 75% della remunerazione complessiva di riferimento. In altri termini:

- il compenso calcolato per il soggetto erogatore *k* nell'anno 2000 è inferiore a  $RCR_k * 0.75$  e la somma dei pesi per le dimissioni 2000 di *k* ( $P_{k,2000}$ ) è maggiore o uguale alla somma dei pesi per le dimissioni 1998 ( $P_{k,1998}$ ), allora il compenso riconosciuto a *k* sarà uguale a  $RCR_k * 0.75$
- il compenso calcolato per il soggetto erogatore *k* nell'anno 2000 è inferiore a  $RCR_k * 0.75$  e la somma dei pesi per le dimissioni 2000 di *k* è minore della somma dei pesi per le dimissioni 1998, allora il compenso riconosciuto a *k* sarà uguale a  $RCR_k * 0.75 * P_{2000}/P_{1998}$

**Regola 6 Dimissioni di persone non residenti nel Lazio**

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 nazionale di riferimento del relativo DRG (D.M. 30/6/97) aggiustata in base alla classe di complessità del soggetto erogatore, come eventualmente modificata in base alla regola 1, secondo la formula:



*Handwritten signature*

$$RNR_{ij} = Tar_i \cdot C_j$$

in cui la remunerazione della dimissione di un non residente attribuita al DRG  $i$  ed effettuata da un erogatore di complessità assistenziale  $j$  ( $RNR_{ij}$ ) 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 ( $C_j$ ).



## Remunerazione extra-tariffaria

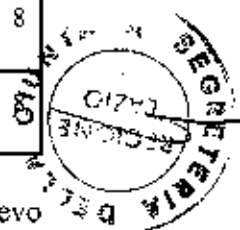
### a. Prestazioni incentivate

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	-	8
ICD-9-CM 96.83	Ventilazione meccanica non invasiva per almeno 96 ore	1 o 2	>20	-	

In caso di prelievo d'organo la remunerazione aggiuntiva riconosciuta alla struttura di prelievo deve essere utilizzata, almeno per il 40 %, per la incentivazione della *equipe* direttamente impegnata nella effettuazione secondo il regolamento che dovrà essere predisposto dalla azienda. 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, destinando alla incentivazione della *equipe* direttamente impegnata nell'accertamento, compresi i componenti del collegio, almeno il 50% della remunerazione aggiuntiva secondo il regolamento che dovrà essere predisposto dalla azienda.



*R*

b. Programmi specialii. 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	350
74.0-77.9	400
78.0-81.9	450
82.0-86.0	500
>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, 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 rivascularizzazione 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. Rivascularizzazione coronarica

% rivascularizzazione/Infarto acuto (106+107+112)/(121+122+123) (per ASL di residenza esclusi ricoveri extra regione)	remunerazione aggiuntiva per ciascun intervento di rivascularizzazione (migliaia di Lit)
≥ 60.0	0
[50.0-60.0)	1000
[40.0-50.0)	750
<40.0	0

La remunerazione aggiuntiva così calcolata viene attribuita per il 50% alle strutture erogatrici regionali, in proporzione al numero di interventi di rivascularizzazione 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 ed 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 2000, unicamente ai Policlinici Universitari "Umberto I" e "A. Gemelli" e all'IRCCS Bambino Gesù per un massimo di 90 interventi tra le 3 strutture.



*[Handwritten signature]*



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

#### **Criteri generali**

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

- codice della tipologia dell'assistenza =1 (acuzie)
- codice della specialità di ricovero diverso da 60, 56, 28, 75.
- codice del regime di ricovero uguale a 2 (Day hospital)

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 in day hospital la remunerazione di riferimento riconosciuta a ciascun episodio di ricovero è pari al 125% della tariffa nazionale prevista per il ricovero in day hospital per quel DRG. In caso di DRG chirurgico effettuato con numero di accessi inferiore a 3, la tariffa riconosciuta verrà ridotta di L.100.000 per ogni accesso in meno.

Per i DRG non chirurgici, la remunerazione come Day Hospital è invece subordinata all'effettuazione di almeno una delle procedure elencate nella tabella XI. Per ogni accesso dovrà essere effettuata almeno una delle procedure principali o almeno tre delle procedure secondarie. 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 e 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 erogate in ogni accesso, di almeno una delle procedure o gruppi di procedure indicati nella tabella XI.

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) moltiplicata per 1.25 ed eventualmente decurtata in caso di meno di tre accessi. 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 inizialmente riconosciuta. 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  $i$  e caratterizzata da  $g$  accessi sarà calcolata secondo la formula:

$$R_i = \left[ (Tar_i \cdot 1.25) - f(g) \cdot 100000 \right] \cdot \min \left( 1 ; \frac{QP_{att_i}}{QP_{oss_i}} \right); \quad f(g) = \begin{cases} 0 \leftarrow g \geq 3 \\ 1 \leftarrow g = 2 \\ 2 \leftarrow g = 1 \end{cases}$$

e cioè sarà pari alla tariffa nazionale di riferimento per quel DRG ( $Tar_i$ ) moltiplicata per 1.25, eventualmente decurtata in caso di meno di tre accessi, e 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) maggiorata del 3%. 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



FF

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 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 massima regionale per quel DRG ( $Tar_i = 103\%$  della tariffa prevista dal D.M. 30/6/97) 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 nazionale di riferimento del relativo DRG (D.M. 30 giugno 1997). 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 temperali del 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



*Handwritten signature or initials.*

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

Nel corso del 1999 è stato avviato in tutte le strutture di P.S. operanti nella Regione, il Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (S.I.E.S.). Per il 2000 saranno considerate per la remunerazione solo le prestazioni di PS rilevate attraverso il SIES.

Per il 2000 saranno considerati remunerabili tutti gli accessi in PS, compresi quelli seguiti da ricovero. Gli accessi in PS verranno remunerati in base ai criteri ed alle condizioni e nei limiti definiti nella tabella seguente

Tabella XIII.1

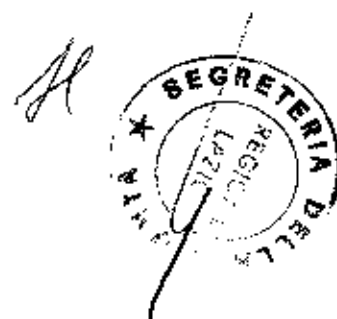
codice triage	remunerazione (migliaia lit.)	tetto prestazioni (% accessi PS totali)		tetto prestazioni (accessi/ricoveri)	
		DEA 1 e 2	PS	DEA 1 e 2	PS
rosso	1.000	5	3	0.20	0.15
giallo	300	7	4	0.30	0.20
verde	100	25	28	1.00	1.15
bianco	50	63	65	2.00	2.00
<b>totale</b>	-	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>3.5</b>	<b>3.5</b>

Il numero di accessi in P.S. da prendere in considerazione per il calcolo del tetto massimo di finanziamento non potrà in altri termini essere superiore a 3.5 volte il numero delle dimissioni ordinarie

Accanto al finanziamento per il PS: e sulla base della contabilità analitica dei costi sarà possibile richiedere per il mantenimento delle funzioni di emergenza un finanziamento aggiuntivo nei limiti indicati nella Tabella seguente

Tabella XIII.2

Livello emergenza	tetto finanziamento aggiuntivo (% finanziamento a tariffa)
DEA 2	5
DEA 1	2.5
PS	1.5



## 5. Riabilitazione intensiva postacuzie

### Criteri generali

Si è ritenuto opportuno differenziare dalla riabilitazione ordinaria, anche dal punto di vista della remunerazione, tutti i casi di assistenza riabilitativa che presentano elementi di particolare gravità o complessità assistenziale. I criteri adottati per identificare questi casi, identificati con la denominazione di "Riabilitazione in assistenza intensiva" e "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.

Si definiscono tre classi di riabilitazione intensiva postacuzie:

- Riabilitazione in assistenza intensiva prolungata per pazienti postcomatosi, con gravi disturbi della coscienza e/o con danni neurologici di estrema gravità: Riabilitazione in assistenza intensiva (RAI)
- Riabilitazione speciale e lungodegenza intensiva per pazienti con disabilità gravi suscettibili di trattamenti protratti, di documentata efficacia: Riabilitazione speciale (RS)
- Riabilitazione postacuzie ordinaria (RPO) per tutti i casi di trattamenti riabilitativi non compresi nelle classi precedenti

Le classi riabilitative di RAI e RS sono definite sulla base delle diagnosi di dimissione e delle procedure effettuate secondo gli schemi riportati nelle tabelle XIV.1 - XIV.6

### a. Riabilitazione in assistenza intensiva (RAI)

Si definiscono come ricoveri di RAI le dimissioni ospedaliere con:

- codice della tipologia dell'assistenza = 3 (riabilitazione)
  - 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 regime di ricovero = 1 (ordinario)
  - DRG o diagnosi principale indicati nelle tabelle XIV.1 e XIV.2, associati ad almeno 2 delle procedure indicate nella tabella XIV.3
  - per le dimissioni da reparti di riabilitazione non compresi in strutture di ricovero per acuti provviste di PS:
    - codice del campo "inviato da" = 4 (trasferito da altro istituto) e
    - codice del campo "IRC di provenienza" corrispondente a una struttura di ricovero per acuti provvista di PS
  - per le dimissioni da reparti di riabilitazione compresi in strutture di ricovero per acuti provviste di PS:
    - codice del campo "inviato da" = 4 (trasferito da altro istituto) e
    - codice del campo "IRC di provenienza" corrispondente a una struttura di ricovero per acuti provvista di PS
- oppure
- oppure codice del campo "inviato da" = 6 (altro regime di ricovero dello stesso IRC)

Tabella XIV.1 Riabilitazione in assistenza intensiva - DRG

DRG	Descrizione
9-13	Malattie e traumatismi del midollo spinale e altre affezioni mediche del SNC



Handwritten initials or signature.

16	Malattie cerebro-vascolari aspecifiche con cc
22	Encefalopatia ipertensiva
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

Tabella XIV.2 Riabilitazione in assistenza intensiva - Diagnosi Principale (si utilizza come criterio solo sui casi non selezionati in base al DRG)

ICD-9-CM	Descrizione
330.0-331.9	Degenerazioni cerebrali
334.0-336.9	Malattie spino-cerebellari e malattie spinali
344.00-344.09	Quadriplegie e tetraparesi
358.0-359.1	Distrofie muscolari
907.0-907.2	Postumi di traumatismi intracranici e del midollo spinale
907.2	Postumi di traumatismi del midollo spinale

Tabella XIV.3 Riabilitazione in assistenza intensiva - Procedura principale o secondaria (almeno 2 procedure in associazione obbligatoria con DRG o diagnosi principale)

ICD-9-CM	Descrizione
96.6	Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate
96.72	Ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più
96.83	Ventilazione meccanica non invasiva per 96 ore consecutive o più
99.15	Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate

#### b. Riabilitazione Speciale (RS)

Si definiscono come ricoveri di RS le dimissioni ospedaliere con:

- codice della tipologia dell'assistenza = 2 (lungodegenza medica) o = 3 (riabilitazione)
- 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, oppure codice della



*AL*

- specialità di ricovero e di dimissione uguale a 60 e data di ricovero successiva al 31 dicembre 1998
- codice del regime di ricovero uguale a 1 = (ordinario)
  - DRG, o diagnosi principale o procedura indicati nelle tabelle XIV.4, XIV.5 e XIV.6
  - non inclusione nella classe RAI
  - per le dimissioni da reparti di riabilitazione e lungodegenza medica non compresi in strutture di ricovero per acuti provviste di PS:
    - codice del campo "inviato da" = 4 (trasferito da altro istituto) e
    - codice del campo "IRC di provenienza" corrispondente a una struttura di ricovero per acuti provvista di PS
  - per le dimissioni da reparti di riabilitazione compresi in strutture di ricovero per acuti provviste di PS:
    - codice del campo "inviato da" = 4 (trasferito da altro istituto) e
    - codice del campo "IRC di provenienza" corrispondente a una struttura di ricovero per acuti provvista di PS
- oppure
- oppure codice del campo "inviato da" = 6 (altro regime di ricovero dello stesso IRC)



Tabella XIV.4 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

Tabella XIV.5 Riabilitazione speciale - Diagnosi Principale (si utilizza come criterio solo sui casi non selezionati in base al DRG)

ICD-9-CM	Descrizione
330.0-331.9	Degenerazioni cerebrali
334.0-336.9	Malattie spino-cerebellari e malattie spinali
344.00-344.2	Plegie e paresi

AR



358.0-359.1	Distrofie muscolari
907.0-907.2	Postumi di traumatismi intracranici e del midollo spinale

Tabella XIV.6 Riabilitazione speciale - Procedura principale o secondaria (si utilizza come criterio 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

#### c. Riabilitazione postacuzie ordinaria (RPO)

Si definiscono come ricoveri di RPO le dimissioni ospedaliere con:

- codice della tipologia dell'assistenza = 3 (riabilitazione)
- 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 regime di ricovero = 1 (ordinario) o = 2 (day hospital)
- non inclusione nelle classi RAI e RS

A differenza delle prestazioni di RAI e RS, erogabili solo in regime di ricovero, sono possibili pertanto due tipi di RPO:

- RPO in regime di ricovero
- RPO in Day-Hospital

#### **Classificazione dei soggetti erogatori (RAI)**

Per l'anno 2000 sono considerate come strutture accreditabili per la RAI gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le strutture sede di DEA di 1° e 2° livello previa specifica richiesta e per un numero complessivo massimo di 50 p.l. Sono considerate come già accreditate per la RAI, per un numero complessivo massimo di 50 p.l., le strutture di RAI istituite presso la CdC S. Giuseppe e l'ospedale S. Giovanni Battista SMOM.

La tariffa di riferimento per la RAI è definita in Lit. 800.000 per giornata di degenza.

#### **Classificazione dei soggetti erogatori (RS)**

Tutte le strutture accreditate per la riabilitazione possono effettuare trattamenti di RS.

La tariffa di riferimento per la RS è quella massima nazionale prevista per la MDC 1 (D.M. 30 giugno 1997).

#### **Classificazione dei soggetti erogatori (RPO)**

Per tutte le classi di riabilitazione, 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 e alla proporzione di ricoveri di riabilitazione ripetuti in una qualsiasi struttura riabilitativa della regione, nell'anno:

Classe A: Strutture di riabilitazione per le quali siano verificati, a consuntivo dell'anno, i seguenti requisiti:

- almeno il 50% dei ricoveri per trasferimento da strutture per acuti provviste di PS o da reparti per acuti dalla stessa struttura se provvista di



*Handwritten signature*

PS

- almeno lo 80% dei ricoveri per trasferimento da strutture per acuti o da reparti per acuti della stessa struttura
- non oltre il 15% di ricoveri di persone con precedenti ricoveri di riabilitazione nello stesso anno

Classe B: Altre strutture di riabilitazione

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 al 75% della tariffa massima nazionale.



*Handwritten signature*

### Regole per il calcolo della remunerazione delle dimissioni di riabilitazione in assistenza intensiva (RAI)

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

Relativamente alle prestazioni di RAI, la QP complessivamente attesa (in termini di giornate di degenza erogate con dimissione nell'anno) è stata calcolata utilizzando la formula:

$$QP = PLRAI \cdot 365$$

dove  $PLRAI$  è il numero di posti letto effettivamente accreditati per la riabilitazione in assistenza intensiva.

All'interno della QP di RAI attesa la remunerazione di ciascuna giornata è di L. 800.000

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

$$R = Tar \cdot \min \left( 1 ; \frac{QPatt}{QPoss} \right)$$

dove la remunerazione effettivamente dovuta per una giornata di RAI erogata a un paziente dimesso sarà pari alla tariffa regionale moltiplicata per il minore tra 1 e il rapporto tra la QP attesa e la QP erogata.

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



### Regole per il calcolo della remunerazione delle dimissioni di riabilitazione speciale e lungodegenza intensiva (RS)

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

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

$$QP = (PLRR + PLLM) \cdot 0.1 \cdot 0.95$$

dove  $PLRR$  e  $PLLM$  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 alla data del 31 dicembre 1999, dei quali il 10% si intendono utilizzati per la RS (il rimanente 90% è riservato, rispettivamente alla RPO e alla lungodegenza medica) con un indice di occupazione del 95%.

Nella tabella XV viene indicato, per ciascuno dei raggruppamenti di casi identificati in base ai criteri delle tabelle XIV.4 - XIV.6, il numero di giornate di RS atteso per il 2000.

Tabella XV Riabilitazione speciale. QP (giornate di degenza) attese per raggruppamento di casi

AL

Gruppo di casi	Descrizione	giornate attese
DRG 9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	62452
DRG 13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	17348
DRG 16	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con cc	13878
DRG 23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	1735
DRG 27	Stato stuporoso e coma di origine traumatica , coma > 1 ora	5204
DRG 34	Altre malattie del sistema nervoso centrale, con cc	20817
DRG 457	Ustioni estese senza intervento chirurgico	1735
DRG 475	Diagnosi relative all'app. resp. con respirazione assistita	1735
DRG 483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	1735
DRG 487	Altri traumatismi multipli rilevanti	5204
# DPR 330.0-331.9	Degenerazioni cerebrali	41635
# DPR 334.0-336.9	Malattie spino-cerebellari e malattie spinali	
# DPR 344.00-344.2	Plegie e paresi	
# DPR 358.0-359.1	Distrofie muscolari	
# DPR 907.0-907.2	Postumi di traumatismi intracranici e del midollo spinale	
§ Proced. 96.72	Ventilazione meccanica per 96 ore consecutive o più	
§ Proced. 96.83	Ventilazione meccanica non invasiva > 96 ore consecutive	
<b>Totale</b>		<b>173478</b>



# solo sui casi non selezionati in base al DRG

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

All'interno delle QP di riabilitazione speciale attese per ciascun raggruppamento di casi la remunerazione di ciascuna prestazione sarà pari alla tariffa nazionale di riferimento per la MDC 1, aggiustata in base alla classe di appartenenza del soggetto erogatore. Se per un raggruppamento di casi viene erogata ai pazienti dimessi una QP superiore a quella attesa la remunerazione di ciascuna giornata sarà opportunamente ridotta, secondo la formula seguente:

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

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

*Handwritten signature or mark.*

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.

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

### Regole per il calcolo della remunerazione delle dimissioni di riabilitazione postacuzie ordinaria (RPO)

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

Relativamente alle prestazioni di RPO in regime di ricovero, la QP complessivamente attesa (in termini di giornate di degenza in episodi di ricovero con dimissione nell'anno) è stata calcolata utilizzando la formula

$$QP = PLRR \cdot 365 \cdot 0,9 \cdot 0,95$$

dove *PLRR* è il numero di posti letto effettivamente accreditati per la riabilitazione in regime di ricovero alla data del 31 dicembre 1999, dei quali il 90% si intendono utilizzati per la RPO (il rimanente 10% è riservato alla RS) con un indice di occupazione del 95%.

Nella tabella XV.1 viene indicato, per ciascuna delle MDC e per ciascun intervallo di degenza, il numero di giornate di RPO in regime di ricovero attesa per il 2000.

Tabella XV.1 RPO in regime di ricovero. QP (giornate di degenza) attesa per MDC e intervallo di degenza

MDC	Descrizione	Intervallo di degenza			Totale (gg attese)
		≤60gg. (gg attese)	61 - 100 gg. (gg attese)	>100 gg. (gg attese)	
1	Sistema Nervoso	351740	34967	10345	397052
4	Apparato respiratorio	21725	414	103	22242
5	Apparato cardiocircolatorio	62072	621	103	62796
8	Sistema osteomuscolare	455193	16552	3104	474849
Altre	Altro	72417	3104	2069	77590
<b>Totale</b>		<b>963147</b>	<b>55658</b>	<b>15724</b>	<b>1034529</b>

Analogamente, per quanto riguarda le prestazioni di RPO in Day Hospital, la QP complessivamente attesa (in termini di accessi in episodi di ricovero con dimissione nell'anno) è stata calcolata utilizzando la formula:

$$QP = PLRD \cdot 365 \cdot 1,7$$

*AL*



dove *PLRD* è il numero di posti letto effettivamente accreditati per la riabilitazione in Day Hospital alla data del 31 dicembre 1999 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 indicato, per ciascuna delle MDC e per ciascun intervallo di durata del ciclo, il numero di accessi in Day Hospital per RPO attesi per il 1999.

Tabella XV.2 RPO in Day Hospital. QP (numero 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	52122	1042	53164
4	Apparato respiratorio	9680	298	9978
5	Apparato cardiocircolatorio	5212	298	5510
8	Sistema osteomuscolare	61057	745	61802
Altre	Altro	17870	596	18466
<b>Totale</b>		<b>145941</b>	<b>2979</b>	<b>148920</b>

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:

$$R_{ijk} = Tar_j \cdot C_c \cdot \min \left( 1 ; \frac{QP_{att}_{ijk}}{QP_{oss}_{ijk}} \right)$$



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. 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

*R*

professione .

### Retribuzione complessiva di riferimento

Per ciascun soggetto erogatore di assistenza riabilitativa è stata definita una remunerazione complessiva di riferimento, che rappresenta, analogamente a quanto stabilito per i ricoveri ordinari in acuzie, il riferimento economico per la remunerazione dell'attività svolta nel 2000. Non sarà possibile infatti per nessun soggetto erogatore ottenere una remunerazione eccedente il 125% della RCR, mentre sarà garantita, a parità di attività svolta, una remunerazione non inferiore al 75% della RCR.

La RCR è stata calcolata separatamente per la RIA e per le altre tipologie di riabilitazione.

1. Per la RIA, l'RCR è data dal numero di posti letto destinati a tale modalità assistenziale moltiplicato per 365 e per la tariffa regionale di riferimento (L.800.000)
2. Per la RS e la RPO, L'RCR è data dalla somma di tre addendi:
  - RPO ricovero: numero di posti letto accreditati per la riabilitazione in regime di ricovero, moltiplicato per 0.9 (il rimanente 0.1 è destinato alla RS), moltiplicato per 0.9 (occupazione), moltiplicati per il valore medio della tariffa giornaliera in regime di ricovero realizzato dal soggetto erogatore nei primi 9 mesi del 1999
  - RPO DH: numero di posti letto accreditati per la riabilitazione in DH, moltiplicato per 1.7 (occupazione), moltiplicato per 365, moltiplicato per il valore medio della tariffa giornaliera in DH realizzato dal soggetto erogatore nei primi 9 mesi del 1999
  - RS speciale: somma del 10% del numero di di posti letto accreditati per la riabilitazione in regime di ricovero e del 10% del numero di posti letto accreditati per la lungodegenza medica, moltiplicato per 0.9 (occupazione), moltiplicato per 365 e per la tariffa regionale di riferimento (L.507.000)

I valori delle RCR 2000 per ogni soggetto erogatore sono riportati nell'Allegato 2

*AL*



## 6. Lungodegenza Medica

### Criteri generali

Si definiscono come ricoveri di lungodegenza medica le dimissioni ospedaliere con:

- codice della tipologia di assistenza = 2 (lungodegenza medica).
- codice della specialità di ricovero e codice della specialità di dimissione uguali a 60
- codice del regime di ricovero uguale a 1 = (ordinario)
- DRG, diagnosi principale e procedure non compresi nelle tabelle XIV.4, XIV.5 e XIV.6

### Classificazione dei soggetti erogatori

Sono considerate come strutture accreditate per la erogazione di Lungodegenza Medica le strutture alle quali è stata attribuita una RCR per la Lungodegenza Medica e che nell'accettazione del sistema di remunerazione dichiarino di possedere i requisiti previsti dalla normativa vigente per la lungodegenza medica. Le strutture che erogano prestazioni di lungodegenza medica vengono distinte ai fini tariffari in due classi:

**Classe A:** Strutture di lungodegenza medica per le quali siano verificati, a consuntivo dell'anno, i seguenti requisiti:

- almeno il 50% dei ricoveri per trasferimento da strutture per acuti provviste di PS o da reparti per acuti dalla stessa struttura, se provvista di PS
- almeno lo 80% dei ricoveri per trasferimento da strutture per acuti o da reparti per acuti della stessa struttura
- non oltre il 15% di ricoveri ripetuti

**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 al 75% della tariffa massima nazionale prevista per la lungodegenza medica.



### 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:

$$QP = PLLM \cdot 0.9 \cdot 0.95$$

dove *PLLM* è il numero di posti letto effettivamente accreditati per la lungodegenza medica alla data del 31 dicembre 1999, dei quali il 90% si intendono utilizzati per la lungodegenza medica (il rimanente 10% è riservato alla RS) con un indice di occupazione del 95%.

Nella tabella XVI.1 viene indicato per ciascun intervallo di degenza, il numero di giornate di Lungodegenza medica attese per il 2000.

R



Tabella XVI. Lungodegenza Medica. QP (giornate di degenza) attesa per intervallo di degenza

Descrizione	Intervallo di degenza			Totale (gg attese)
	≤ 60 gg. (gg attese)	61 - 100 gg. (gg attese)	> 100 gg. (gg attese)	
Lungodegenza medica	474000	47400	5268	526668

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

$$R_{c,j} = Tar \cdot C_c \cdot \min \left( 1 ; \frac{QP_{att,j}}{QP_{oss,j}} \right)$$

dove la remunerazione effettivamente dovuta per una giornata di lungodegenza medica erogata a un paziente dimesso da un soggetto di classe  $c$  e ricadente nell'intervallo di degenza  $j$  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 fra la QP di lungodegenza medica attesa per quell'intervallo di degenza e la QP dello stesso tipo effettivamente erogata.

#### Retribuzione complessiva di riferimento

Per ciascun soggetto erogatore di lungodegenza medica è stata definita una remunerazione complessiva di riferimento, che rappresenta, analogamente a quanto stabilito per i ricoveri ordinari in acuzie, il riferimento economico per la remunerazione dell'attività svolta nel 2000. Non sarà possibile infatti per nessun soggetto erogatore ottenere una remunerazione eccedente il 125% della RCR, mentre sarà garantita, a parità di attività svolta, una remunerazione non inferiore al 75% della RCR.

La RCR per la lungodegenza medica è data dal 90% del numero di posti letto accreditati per la lungodegenza medica (il rimanente 10% è destinato alla RS), moltiplicato per 0.9 (occupazione), moltiplicato per 365 e per la tariffa regionale di riferimento (L. 267.000)

I valori delle RCR 2000 per ogni soggetto erogatore sono riportati nell'Allegato 2

SL





Tabella XVI. Lungodegenza Medica. QP (giornate di degenza) attesa per intervallo di degenza

Descrizione	Intervallo di degenza			Totale (gg attese)
	≤ 60 gg. (gg attese)	61 - 100 gg. (gg attese)	>100 gg. (gg attese)	
Lungodegenza medica	474000	47400	5268	526668

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

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

dove la remunerazione effettivamente dovuta per una giornata di lungodegenza medica erogata a un paziente dimesso da un soggetto di classe  $c$  e ricadente nell'intervallo di degenza  $j$  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 per quell'intervallo di degenza e la QP dello stesso tipo effettivamente erogata.

### Retribuzione complessiva di riferimento

Per ciascun soggetto erogatore di lungodegenza medica è stata definita una remunerazione complessiva di riferimento, che rappresenta, analogamente a quanto stabilito per i ricoveri ordinari in acuzie, il riferimento economico per la remunerazione dell'attività svolta nel 2000. Non sarà possibile infatti per nessun soggetto erogatore ottenere una remunerazione eccedente il 125% della RCR, mentre sarà garantita, a parità di attività svolta, una remunerazione non inferiore al 75% della RCR.

La RCR per la lungodegenza medica è data dal 90% del numero di posti letto accreditati per la lungodegenza medica (il rimanente 10% è destinato alla RS), moltiplicato per 0.9 (occupazione), moltiplicato per 365 e per la tariffa regionale di riferimento (L. 267.000)

I valori delle RCR 2000 per ogni soggetto erogatore sono riportati nell'Allegato 2

*Handwritten signature*



**Tabella V. Classificazione dei soggetti erogatori per complessità assistenziale valida per il 2000 (dati S.I.O. 1998)**

	n° DRG > 50	n° special > 100	% gravi	% 30 DRG
3 se >	150	14	3	40
2 se >	100	9	2	50
1 se >	40	4	1	60
0 se >				

Classi
1 se > 14
2 se > 9
3 se > 5

AZ	TIPO ISTITUTO	COMUNE	n. DRG > 50	n. SPEC > 100	% GRAVI	% 30 DRG	scd dia	scd piani	scd dig	scd spec	scd gravi	scd psso	score let	CLASSE	M	G	CLASSE 2000
108 080	7	Madonna delle Grazie	6	7	1,05	80,7	0	0	0	1	1	0	2	4			4
110 022	1	Francesco Grilloni	4	2	1,87	64,8	1	0	0	0	1	0	2	4			4
111 213	7	San Marco	10	8	1,52	73,1	0	0	0	0	0	0	2	4			4
103 089	7	Nuova Clinica Latina	61	4	1,85	67,8	0	0	0	0	1	0	1	4			4
103 094	7	Villa Giu	9	8	0,84	76,0	0	0	0	0	0	0	1	4			4
103 116	7	San Luca	8	5	0,68	66,3	0	0	0	1	0	0	1	4			4
104 103	1	San Vincenzo	12	7	0,41	63,7	0	0	0	1	0	0	1	4			4
105 126	7	San Giuseppe	3	2	1,30	60,1	0	0	0	0	1	0	1	4			4
107 057	1	San Giovanni Battista	5	3	0,62	59,8	0	0	0	0	0	1	1	4			4
108 178	7	Istituto Neurologico Italiano	12	6	0,54	81,3	0	0	0	1	0	0	1	4			4
109 014	7	Santa Teresa del Bambin Gesù	3	3	1,92	78,0	0	0	0	0	1	0	1	4			4
111 201	1	Santa Maria Salute degli infermi	2	2	1,75	68,2	0	0	0	0	0	0	1	4			4
111 211	7	Villa Azzurra	3	2	1,45	66,3	0	0	0	1	0	0	1	4			4
112 221	1	Ospedale Civile	7	3	0,76	81,2	1	0	0	0	0	0	1	4			4
112 235	7	Villa Sereno	4	2	1,21	81,1	0	0	0	0	1	0	1	4			4
106 080	7	San Giorgio	2	2	0,36	74,0	0	0	0	0	0	0	1	4			4
109 012	7	Silvano	4	3	0,65	80,7	0	0	0	0	0	0	1	4			4
109 012	7	Selva	3	2	0,65	80,7	0	0	0	0	0	0	1	4			4
112 230	7	San Maria	5	3	0,63	64,4	0	0	0	0	0	0	1	4			4
112 234	7	Villa Giu	10	4	0,50	78,8	0	0	0	0	0	0	1	4			4
112 239	7	Santa Teresa	7	4	0,48	60,2	0	0	0	0	0	0	1	4			4

*Handwritten signature*



1: IRCCS e strut. universitarie; M: Strut. monospécialistiche; G: strutture con % di gravi oltre il 90° percentile  
 (\*) Strut. pediatriche, applicati i criteri c1 ed e1; (P) Strut. non accreditate nel 1998, utilizzati i dati provvisori 1999

TABELLA VI. Volumi di dimissioni a spesa regionale attesa per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti. Anno 2000

DRG	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		casal 2000	Ricoveri 2000	casal 2000	Ricoveri 2000	casal 2000	Ricoveri 2000	casal 2000	Ricoveri 2000	casal 2000	Ricoveri 2000
1	CRANIOTOMIA ETX > 17 ECCEPTE PER TRALMATTING	1025	26.200.910	1769	2.807.107	0	0	32	482.735	1400	26.716.752
2	CRANIOTOMIA ETX > 17 PER TRALMATTING	307	6.594.480	39	568.104	0	0	9	122.648	438	7.215.272
3	CRANIOTOMIA ETX < 18	208	3.810.226	14	238.559	0	0	0	0	224	3.048.785
4	INTERVENTI SUI NODOLI SPINALI	443	5.851.475	61	764.063	38	425.449	111	112.680	554	8.023.576
5	INTERVENTI SUI VASI ENCRANICI	692	4.271.900	202	489.146	27	236.152	27	236.152	1978	12.173.911
6	PERCORSI/SEGNALAZIONE DEL TUMORE CARINALE	406	1.222.776	400	1.346.623	838	2.744.753	621	1.210.150	2286	5.892.584
7	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	38	546.440	18	245.896	4	48.662	2	23.078	68	884.234
8	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	382	546.440	18	245.896	4	48.662	2	23.078	68	884.234
9	MALATTIE E TRALMATTINGI MUSCOLI SPINALI	139	1.827.012	143	1.367.369	80	816.845	26	310.764	448	4.355.911
10	NEUROPATIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	244	2.207.788	131	1.158.661	54	461.663	58	443.443	487	5.455.421
11	NEUROPATIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	484	3.007.340	298	1.666.367	115	628.438	17	306.106	661	5.785.271
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	620	7.640.800	700	5.067.620	395	2.223.879	525	3.276.060	2506	18.331.716
13	SOLICITAZIONE ALTRA E ATASSIA CEREBELLETTA	477	2.479.403	170	812.277	35	467.843	35	5.958.115	707	3.958.115
14	MALATTIE CEREBRALI/STASTICHE E SINDROME ECCEPTE ATASSIA ISOLATA TRANSITORIA	2318	18.142.268	2074	15.262.561	218	15.429.455	1761	11.022.913	9271	84.959.553
15	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E CIRCULAZIONE PERICEREBRALE	1608	7.396.248	1810	7.561.874	1206	5.029.144	1908	5.818.588	6082	28.537.000
16	MALATTIE CEREBRALI/STASTICHE ASPECIFICHE CON CC	840	4.820.781	629	4.648.478	576	3.862.865	527	3.339.198	2533	18.810.560
17	MALATTIE CEREBRALI/STASTICHE ASPECIFICHE SENZA CC	867	6.100.771	823	4.172.363	294	3.165.648	797	3.411.545	3241	18.810.527
18	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	139	931.971	106	836.573	196	766.879	108	306.541	488	2.071.056
19	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E CRANICI/STASTICHE SENZA CC	634	4.117.462	618	2.770.655	372	2.437.873	357	1.402.288	2382	10.756.102
20	INTERVENTI DEL SISTEMA NERVOSO E CRANICI/STASTICHE SENZA CC	418	4.842.562	287	2.824.557	83	584.873	39	340.788	705	0.984.348
21	NEURIPATIE VIBRALI	47	234.679	45	245.309	0	0	0	0	400	5.711.175
22	ENDOPROTESI PERITRACHEALE	89	411.210	119	84.845	87	554.476	188	886.484	441	2.562.000
23	STATO STUPROSO E COMA DI ORIGINE NON IPOTALMICA	152	138.544	201	1.607.666	116	478.854	51	225.004	507	2.545.026
24	COMA SINDROME CEE/ALTA ETX > 17 CON CC	271	1.521.281	279	1.346.645	119	687.828	31	411.571	767	3.897.333
25	COMA SINDROME CEE/ALTA ETX < 18	709	2.888.746	702	2.836.244	313	1.225.004	342	1.810.816	2977	7.788.850
26	COMA SINDROME CEE/ALTA ETX < 17 SENZA CC	471	2.241.318	431	207.287	235	57.678	208	81.870	4395	419.653
27	COMA SINDROME CEE/ALTA ETX < 18	1025	3.033.176	674	2.028.504	434	1.272.504	67	239.911	2105	7.014.960
28	STATO STUPROSO E COMA DI ORIGINE IPOTALMICA COMA > 17 CON CC	138	1.133.014	118	632.330	102	728.510	40	190.388	407	3.184.632
29	STATO STUPROSO E COMA DI ORIGINE IPOTALMICA COMA < 17 SENZA CC	626	2.861.472	1412	3.000.421	629	2.220.620	340	1.187.165	2643	10.279.681
30	STATO STUPROSO E COMA DI ORIGINE IPOTALMICA COMA < 17 SENZA CC	444	2.381.632	875	202.708	428	102.920	231	89.458	1716	831.617
31	STATO STUPROSO E COMA DI ORIGINE IPOTALMICA COMA < 17 SENZA CC	211	150.910	333	847.216	172	410.822	62	36.576	750	1.693.523
32	STATO STUPROSO E COMA DI ORIGINE IPOTALMICA COMA < 17 SENZA CC	211	150.910	333	847.216	172	410.822	62	36.576	750	1.693.523
33	COMANDO CEE/ALTA ETX > 17 CON CC	28	100.400	24	127.634	22	78.035	4	13.284	52	327.881
34	COMANDO CEE/ALTA ETX < 18	204	478.150	370	580.089	208	484.168	16	31.540	174	1.933.102
35	COMANDO CEE/ALTA ETX < 17 SENZA CC	72	52.378	182	105.413	99	54.095	7	4.048	321	4.048
36	COMANDO CEE/ALTA ETX < 18	24	48.578	87	153.142	57	109.879	3	5.289	149	293.942
37	COMANDO CEE/ALTA ETX < 17 SENZA CC	13	12.505	45	33.900	38	27.100	2	1.342	100	1.900
38	ALTRA MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	110	1.524.510	71	662.721	56	407.694	42	207.782	249	2.742.700
39	ALTRA MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	104	1.641.582	328	1.682.722	249	1.182.224	155	939.482	1254	8.185.011
40	INTERVENTI SUI NODOLI SPINALI	406	2.831.220	282	1.330.905	592	2.853.144	20	747.096	478	7.171.616
41	INTERVENTI SUI VASI ENCRANICI	48	455.348	43	271.795	30	199.652	3	16.106	161	843.902
42	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	107	388.105	134	435.575	143	434.419	8	24.879	517	1.333.070
43	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	209	531.500	983	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
44	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
45	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
46	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
47	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
48	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
49	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
50	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
51	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
52	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
53	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725
54	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	415	1.026.400	783	1.621.870	619	1.618.440	2819	7.111.700	12800	41.453.725

DENS	AQUINE	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		casal 2009	Ricavi 2009	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2009	Ricavi 2009	casal 2009	Ricavi 2009
55	MIRACOLLANZA DI INTERVENTI SU DRENAGGIO, NASO, BOCCA E GOLA	2202	5.014.070	1444	5.178.608	172	2.645.505	2202	1.227.390	4010	17.800.954
56	CONDUZIONE	104	1.028.840	380	1.418.717	242	722.047	171	339.789	1210	3.300.332
57	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDEI (CETOLO, SOLO TONSILLE) SETTIMANA ED ANGIODIESTOMIA, ETA' > 17	50	117.310	70	389.238	40	160.540	30	70.944	200	530.030
58	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDEI (CETOLO, SOLO TONSILLE) SETTIMANA ED ANGIODIESTOMIA, ETA' < 18	213	566.315	59	148.015	4	118.452	349	82.909	629	527.082
59	TONSILLOECTOMIA ED ANGIODIESTOMIA, ETA' > 17	216	486.040	381	800.187	312	1.536.806	28	173.078	636	1.776.078
60	TONSILLOECTOMIA ED ANGIODIESTOMIA, ETA' < 17	370	3.159.260	1450	1.732.302	1437	1.694.989	268	268.130	5916	6.636.674
61	MIRACOLLANZA CON INSERZIONE DI TIPO, ETA' > 17	116	51.810	1	29.973	15	60.053	31	41.448	112	182.884
62	MIRACOLLANZA CON INSERZIONE DI TIPO, ETA' < 18	38	102.258	1	2.478	1	2.478	2	4.907	42	115.334
63	ALTRI INTERVENTI SU DRENAGGIO, NASO, BOCCA E GOLA	409	2.911.765	67	478.073	304	1.124.400	82	425.490	857	4.340.279
64	NASOPLASTIC ALIQUANTE (CORONCHIO, NASO, BOCCA E GOLA)	532	3.793.840	309	2.332.388	789	2.727.783	181	532.620	1192	7.700.314
65	ALTIFFAZIONI DELLA FOLLICOLITIS	947	2.079.088	319	3.210.733	872	2.838.825	778	2.375.682	3234	13.422.442
65.5	ALTIFFAZIONI DELLA FOLLICOLITIS	277	376.960	402	155.453	538	430.270	139	530.926	1309	530.926
66	EPITASSIA	138	381.252	138	470.215	152	414.874	30	87.023	435	1.373.084
66.5	EPITASSIA	54	20.050	71	30.145	55	30.389	19	7.070	200	130.023
67	EPISLOTOMIA	10	19.367	6	19.367	14	42.543	4	11.040	40	130.409
68	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	50	250.520	78	349.871	70	280.152	43	172.378	261	1.419.104
69	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 17 SENZA CC	398	1.074.000	958	1.799.210	390	1.189.770	250	739.310	1520	4.171.300
70	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	607	2.484.339	868	1.984.054	777	1.784.443	250	582.082	2284	6.497.378
70.5	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	388	264.614	278	331.838	333	148.084	111	48.704	1111	531.812
71	LARINGITIS ACUTE	79	11.324	24	71.597	49	42.485	6	15.909	73	223.011
72	LABIRINTITIS E DEPERMANZA DEL NASO	18	3.309	16	7.445	10	4.295	4	1.054	48	22.000
72.5	LABIRINTITIS E DEPERMANZA DEL NASO	778	3.091.420	642	2.270.893	350	1.170.059	175	800.980	1945	7.059.420
73	ALTE DRENAGGI RELATIVE A CORONCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	334	2.09.260	774	1.04.903	150	94.323	76	49.340	664	530.211
73.5	ALTE DRENAGGI RELATIVE A CORONCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	677	2.892.144	445	1.714.781	613	1.409.080	116	309.447	1652	6.203.072
74	ALTE DRENAGGI RELATIVE A DRENAGGI DI NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	200	832.510	309	303.503	137	302.258	32	18.040	540	1.304.463
74.5	ALTE DRENAGGI RELATIVE A DRENAGGI DI NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	300	188.200	159	103.481	137	54.190	28	12.725	540	909.608
75	INTERVENTI MAIORI SUL TORACE	104	17.270.308	431	1.128.477	21	247.240	2	1.800.907	332	18.007.714
76	ALTE INTERVENTI SUL TORACE (RESPIRATORIO, CON CC)	128	1.745.238	6	747.954	21	247.240	2	1.800.907	166	305.798
77	ALTE INTERVENTI SUL TORACE (RESPIRATORIO, SENZA CC)	317	1.167.289	74	205.489	49	125.473	13	55.000	309	1.030.029
78	FANCIULLA POLMONARE	245	2.000.800	116	864.708	85	473.473	37	429.072	461	3.221.521
79	INFEZIONI E INFILTRAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	203	2.701.727	60	700.708	358	1.787.260	32	340.710	672	5.200.544
80	INFEZIONI E INFILTRAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	108	2.539.305	300	943.430	101	1.188.014	42	326.422	549	3.417.480
81	INFEZIONI E INFILTRAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	2009	22.138.016	1705	11.882.590	1294	7.609.121	590	2.018.171	1327	7.857.350
82	INFEZIONI E INFILTRAZIONI RESPIRATORIE, CON CC	12	18.924	17	114.348	32	79.750	6	20.657	67	208.574
83	TRACHEITIS E BRONCHITIS ACUTE	205	2.336.247	164	1.260.622	134	982.004	157	1.042.053	746	5.870.888
84	TRACHEITIS E BRONCHITIS ACUTE	109	1.100.284	301	626.069	76	481.038	80	490.409	490	2.166.134
85	PERMANENTE PERIURICO CON CC	434	2.751.757	206	1.570.315	167	841.536	308	848.042	1094	5.700.149
86	MALATTIA POLMONARE CRONICA OBSTRUTTIVA	2628	13.397.818	1940	10.048.200	3201	19.050.492	2331	10.271.624	7970	49.175.008
87	POLMONITE SEMPLICE E PNEUMONIA, DAI > 17 SENZA CC	169	8.216.728	877	8.248.099	790	5.117.735	487	3.147.472	2823	21.756.040
88	POLMONITE SEMPLICE E PNEUMONIA, DAI < 17 SENZA CC	1005	5.308.410	873	4.140.504	232	3.293.109	737	3.414.672	3358	10.177.141
89	POLMONITE SEMPLICE E PNEUMONIA, CON CC	902	3.235.400	864	3.036.110	650	2.145.910	194	923.168	2000	6.296.577
90	MALATTIA POLMONARE BATTERICA, CON CC	104	1.224.037	44	371.171	33	422.254	31	232.450	211	2.150.507
91	MALATTIA POLMONARE BATTERICA, SENZA CC	370	2.301.170	82	464.774	136	887.203	44	219.238	631	3.767.173
92	PNEUMONIA CON CC	61	281.740	41	345.000	71	492.030	15	116.117	166	1.186.417
93	BRONCHITE E ASMA, DAI > 17 CON CC	222	578.558	161	651.780	145	409.487	68	237.403	554	2.298.237
94	BRONCHITE E ASMA, DAI < 17 SENZA CC	210	1.416.400	320	1.303.880	230	925.059	210	795.480	1000	4.221.251
95	BRONCHITE E ASMA, DAI < 18	480	3.709.920	310	1.672.880	560	1.744.082	560	1.744.082	2060	8.504.305
96	BRONCHITE E ASMA, CON CC	413	2.800.171	659	1.819.140	781	1.483.885	200	408.084	2079	1.181.178
97	BRONCHITE E ASMA, SENZA CC	391	137.084	283	124.260	80	130.200	87	15.016	1007	700.170
98	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORIO, CON CC	387	3.030.430	390	1.805.087	408	1.702.474	318	1.294.904	1590	8.029.433
99	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORIO, SENZA CC	229	837.475	148	514.821	105	318.100	143	430.076	751	2.594.940
100	ALTE DRENAGGI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	816	3.584.100	226	1.278.615	438	1.203.749	119	569.040	1691	8.816.500
101	ALTE DRENAGGI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	384	2.084.818	413	2.418.274	334	1.008.048	334	863.485	1692	5.137.605
102	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CAVA E TRINCO CARINATO	243	3.681.033	1	27.815	6	27.815	0	0	20	2.819.503
103	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATERETERISMO CARDIACO	630	13.497.040	70	1.846.710	0	0	0	0	480	16.373.750
104	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATERETERISMO CARDIACO	660	10.244.300	210	5.049.679	0	0	0	0	700	21.431.700
105	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	469	6.342.140	45	917.700	0	0	0	0	1200	30.286.389
106	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	303	8.029.500	189	3.169.089	0	0	0	0	304	7.209.870



*M*



DISE	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		casl 2000	Rieser 2000	casl 2000	Rieser 2000	casl 2000	Rieser 2000	casl 2000	Rieser 2000	casl 2000	Rieser 2000
169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA IT	355	1.784.716	376	1.882.188	204	867.671	540	2.648.792	1075	4.865.615
170	INTERVENTI SUI LINGUAGGI DI SCARTE SENZA CC	123	1.777.988	32	1.199.391	59	666.972	65	732.778	281	4.375.821
171	ALTRI INTERVENTI SUI APPARATI DIGERENTI SENZA CC	193	1.345.370	129	909.833	131	872.038	101	507.254	454	3.032.223
172	NEOPLASIE MALIGNI: DEAPPARATI DIGERENTI COME CC	880	7.000.270	791	5.566.805	429	2.806.182	371	2.311.699	2472	17.745.358
173	NEOPLASIE AMIGLIE DELLA FARINGE DIGERENTE SENZA CC	880	3.089.370	823	3.429.401	466	2.849.743	418	2.432.081	2081	13.177.695
174	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC	503	4.186.523	473	3.079.715	400	2.884.236	204	1.523.485	1766	11.401.016
175	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC	832	3.560.180	820	3.204.115	629	2.524.162	416	1.491.051	2714	10.773.447
176	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	81	357.795	51	283.925	68	199.952	20	199.952	220	1.307.740
177	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC	35	360.375	46	350.640	73	381.441	73	349.002	353	2.081.450
178	ACIDIPETIA NON COMPLICATA SENZA CC	232	820.244	238	1.053.028	370	1.041.953	421	1.381.284	1206	4.800.373
179	MALATTIE INFAMMATORIE DELL'INTESTINO	628	4.048.220	372	1.942.168	228	1.230.974	371	1.538.424	1418	9.180.323
180	COLICLONIE GASTROINTESTINALI SENZA CC	148	548.500	102	547.285	174	610.794	87	268.031	511	2.620.211
181	ESOPHAGITIS GASTROENTERITICHE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	710	3.195.080	428	1.560.306	475	1.485.416	289	740.009	1512	4.182.014
182	ESOPHAGITIS GASTROENTERITICHE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	710	3.195.080	428	1.560.306	475	1.485.416	289	740.009	1512	4.182.014
183	ESOPHAGITIS GASTROENTERITICHE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	710	3.195.080	428	1.560.306	475	1.485.416	289	740.009	1512	4.182.014
184	ESOPHAGITIS GASTROENTERITICHE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	710	3.195.080	428	1.560.306	475	1.485.416	289	740.009	1512	4.182.014
185	ESOPHAGITIS GASTROENTERITICHE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	710	3.195.080	428	1.560.306	475	1.485.416	289	740.009	1512	4.182.014
186	MALATTIE DEL PIRENTE DEL CAVO ORALE ECCEI LO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETAS > 17	1108	588.182	717	2.497.483	323	2.898.818	414	473.748	4938	1.929.594
187	MALATTIE DEL PIRENTE DEL CAVO ORALE ECCEI LO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETAS > 17	334	1.100.848	306	345.845	652	2.898.818	275	117.048	2109	1.349.982
188	ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ORALE	201	888.800	102	282.610	120	357.198	20	320.899	687	3.190.091
189	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
190	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
191	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
192	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
193	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
194	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
195	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
196	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
197	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
198	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
199	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
200	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
201	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
202	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
203	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
204	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
205	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
206	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
207	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
208	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
209	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
210	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
211	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
212	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
213	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
214	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
215	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
216	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
217	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
218	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
219	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
220	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
221	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
222	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
223	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
224	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
225	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
226	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
227	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
228	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
229	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
230	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
231	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
232	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
233	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
234	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
235	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
236	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
237	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
238	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
239	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
240	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
241	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822	1091	9.164.124
242	ALTRI DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETAS > 17 SENZA CC	405	1.888.919	1119	3.317.533	19	50.343	351	369.822		



TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti. Anno 2000

DRG	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		casal 2000	Ricoveri 2000	casal 2000	Ricoveri 2000	casal 2000	Ricoveri 2000	casal 2000	Ricoveri 2000		
228	INTERVENTI MAJORI SUL POLSICO SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INT. MAJO O POLSICO CON CC	31	291,648	67	262,064	32	119,211	28	94,396	176	662,316
229	INTERVENTI SU MANO O POLSICO ECCEZIONALI IN INTERVENTI MAJORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC	503	1,197,248	672	1,846,464	685	1,803,553	417	1,016,461	2,917	6,296,744
230	ESERCIZIO LOCALI E FRAZIONE DI MEZZI DI TISSUTO INTRAMODULARE DI ANCA E TENDINE	308	1,381,200	284	1,062,640	239	951,339	78	280,673	907	3,697,472
231	ESERCIZIO LOCALI E FRAZIONE DI MEZZI DI TISSUTO INTRAMODULARE ECCEZIONALI ANCA E TENDINE	907	4,015,306	1020	4,215,306	997	3,694,400	296	1,044,228	3,206	13,036,642
232	ARTROSCOPIA	709	2,729,700	525	1,882,123	1784	5,876,102	3659	15,844,872	3606	17,141,927
233	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO F. TESSUTO CONNETTIVO CON CC	47	674,787	42	626,214	23	328,136	8	114,172	120	1,541,761
234	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO F. TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	303	3,844,985	333	4,156,627	375	4,700,915	97	1,177,372	1,308	16,435,335
235	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO F. TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	133	1,066,602	160	1,342,632	185	1,483,922	55	340,078	531	6,435,168
236	TRATTAMENTO DELLA MANCA F. DELLA PELLE	533	4,130,775	666	4,208,387	563	5,884,851	254	1,978,051	2,511	17,526,850
237	INTERVENTI SULLE TENDINE E LUSAZIONI DI ANCA, PELVILE E TENDINE	18	73,056	16	66,000	9	33,000	14	45,430	56	244,672
238	TRATTAMENTO DELLE TENDINE	10	710,660	8	370,304	46	429,535	14	181,856	218	1,717,384
239	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	480	2,309,640	238	1,437,093	172	974,712	106	459,042	1,026	5,811,889
240	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	318	2,700,345	318	2,700,345	78	318,720	106	459,042	611	9,439,504
241	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	886	3,608,945	886	3,608,945	180	972,231	152	732,032	1,904	10,790,550
242	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	23	105,039	23	105,039	28	130,318	7	45,052	104	771,819
243	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	1700	6,038,670	1700	6,038,670	2244	8,273,229	1456	5,182,915	6300	28,008,831
244	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	425	184,306	425	184,306	581	229,842	174	144,214	1183	722,571
245	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	87	403,848	87	403,848	81	407,957	88	286,570	363	1,579,812
246	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	395	1,464,912	395	1,464,912	969	3,404,308	344	1,787,304	1,414	6,806,900
247	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	97	365,610	97	365,610	54	204,944	51	182,172	369	1,218,945
247.5	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	123	497,985	123	497,985	123	309,466	88	299,806	481	1,683,764
248	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	53	23,888	53	23,888	53	22,070	42	36,034	211	91,864
249	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	109	962,791	112	307,050	174	503,405	108	334,538	501	1,877,176
249.5	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	72	36,034	72	21,388	74	30,032	44	17,822	261	1,017,656
250	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	845	1,748,485	266	699,421	623	1,593,170	125	280,306	1,758	6,140,478
251	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	370	217,071	370	14,723	415	240,946	83	38,707	1,037	582,448
251.5	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	60	310,990	60	311,198	72	284,078	78	300,100	307	1,398,082
252	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	359	1,068,871	643	1,718,162	374	211,721	120	89,858	1,496	6,011,165
252.5	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	712	399,726	712	399,726	170	307,722	37	17,812	559	1,817,017
253	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	187	121,743	181	209,640	264	157,987	581	37,668	785	3,410,423
254	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	540	517,103	136	819,933	516	516,887	661	248,841	503	2,136,140
254.5	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	360	1,529,700	1268	3,225,058	596	2,383,228	210	477,712	3,900	7,531,874
255	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	207	500,035	360	801,541	401	622,288	140	281,428	2,000	933,874
255.5	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	246	84,488	246	158,744	172	106,944	42	24,091	600	2,275,023
256	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	378	1,022,278	357	1,022,278	157	1,022,278	214	512,876	1127	4,494,453
256.5	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	141	70,506	141	70,506	153	141,730	60	47,022	612	3,811,462
257	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	100	308,100	100	308,100	26	193,580	17	193,063	228	1,932,071
258	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	387	2,247,814	387	2,870,350	158	785,218	70	317,072	693	5,231,474
259	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	81	21,720	81	649,555	13	84,942	8	41,249	187	1,507,417
260	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	714	3,388,783	714	3,051,707	135	781,183	101	611,671	1,705	7,845,348
261	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	554	1,988,270	908	2,391,942	421	1,137,247	333	816,619	2,211	6,344,400
262	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	47	687,718	47	687,718	13	153,529	7	23,478	117	1,335,938
263	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	63	494,943	63	494,943	40	230,204	48	318,611	48	1,877,018
264	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	357	3,087,372	357	3,087,372	28	230,204	78	2,52,242	464	4,021,386
265	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	2238	10,907,025	2238	10,907,025	450	1,818,469	150	546,440	3,081	14,528,403
266	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	318	1,292,036	318	1,292,036	559	1,815,373	185	1,008,200	1,302	8,231,043
267	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	148	562,060	148	562,060	32	188,204	691	231,035	433	1,548,180
268	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	164	1,440,870	164	1,440,870	26	181,889	39	226,778	280	1,980,307
269	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	801	2,875,670	801	2,875,670	400	1,188,930	650	2,378,644	2,500	7,943,130
270	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	264	2,302,800	264	2,302,800	572	2,302,800	186	1,008,200	1,302	8,231,043
271	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	513	3,465,082	513	3,465,082	19	121,238	18	114,192	618	4,429,595
272	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	1515	4,883,980	1515	4,883,980	84	393,844	18	114,192	1,618	10,527,949
273	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	514	4,871,294	514	4,871,294	87	432,016	61	387,053	1,056	9,977,731
274	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	210	1,131,811	210	1,131,811	210	1,070,822	60	432,016	1,406	4,633,429
275	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	75	185,270	75	185,270	60	148,941	54	403,133	300	745,103
276	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	102	789,614	102	789,614	51	292,669	30	125,128	300	1,600,238
277	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	420	1,512,256	420	1,512,256	252	867,434	255	810,406	1,506	5,417,138
278	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	31	403,382	31	403,382	42	145,278	18	44,033	783	2,717,703
279	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	97	30,780	97	30,780	16	15,089	8	3,458	114	571,584
280	TRATTAMENTO DELLE TENDINE E NECLASIA MALVAGNE DR. SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	210	933,710	210	933,710	152	402,462	86	265,157	637	2,658,035



TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti. Anno 2000

DRG	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		case 2000	Ricavi 2000	case 2000	Ricavi 2000	case 2000	Ricavi 2000	case 2000	Ricavi 2000		
334	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	69	900 273	89	899 616	92	949 071	27	234 571	207	2 810 417
335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	407	3 550 252	330	2 666 054	312	2 310 402	208	2 082 062	1370	10 820 956
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC	140	902 891	27	510 162	110	648 187	42	331 096	309	2 392 676
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	854	3 430 884	362	1 709 147	276	1 200 742	431	1 608 821	1723	8 179 583
338	INTERVENTI SULL'ESOFAGO PER NEOPLASIA MALIGNA	70	448 910	46	265 468	30	163 822	17	84 885	164	844 885
339	INTERVENTI SULL'ESOFAGO PER NEOPLASIA MALIGNA, ETA > 75	270	2 145 271	148	1 845 826	102	2 327 424	267	1 839 912	2948	8 228 684
340	INTERVENTI SULL'ESOFAGO PER NEOPLASIA MALIGNA, ETA < 75	142	2 440 010	128	334 859	204	128 890	102	237 048	1279	3 521 441
341	INTERVENTI SUL PENE	840	4 030 170	60	453 458	40	214 132	46	201 538	870	4 886 844
342	URCOSCIONE ETX > 17	76	270 832	181	473 550	109	317 351	158	387 405	581	1 478 530
343	URCOSCIONE ETX < 17	473	664 710	88	129 170	115	178 176	727	1 244 120	1383	2 244 120
344	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	21	165 406	30	251 376	37	292 812	12	80 320	100	679 157
345	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCELTO PER NEOPLASIE MALIGNHE	6	507 884	23	1 310 126	32	184 451	50	241 940	191	1 300 150
346	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	24	1 65 200	209	1 528 253	302	1 995 821	124	1 068 436	775	5 697 879
347	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	174	1 249 531	173	801 328	205	897 210	196	154 105	768	3 501 666
348	PROSTATECTOMIA PER NEOPLASIA MALIGNA, CON CC	87	444 132	100	407 440	117	538 821	135	594 820	454	2 057 104
349	PROSTATECTOMIA PER NEOPLASIA MALIGNA, SENZA CC	170	727 080	210	1 008 353	310	1 128 890	310	1 063 896	1000	3 723 179
350	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	218	200 652	184	308 350	145	304 128	167	423 394	726	2 053 142
350 b	INFIAMMAZIONI DEL L'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	91	48 914	84	40 337	82	38 300	72	50 691	311	149 100
351	STERILIZZAZIONE MASCHILE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
352	ALTE DIAGNOSI RELATIVE ALLA APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	342	1 841 848	258	701 330	328	588 027	123	208 550	949	2 801 042
353	EMERGENZA PER MALATTIA INFETTIVA RADICALE E VIA VEGETATIVA RADICALE	136	1 076 640	286	3 021 062	98	867 531	22	204 424	545	5 772 058
354	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO O ANNESSI CON CC	11	125 225	18	183 000	8	77 360	3	27 300	39	303 312
355	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE NON DELL'OVARIO O ANNESSI SENZA CC	159	881 201	130	602 004	77	492 828	77	367 913	493	2 313 777
356	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	174	822 682	185	858 450	215	898 085	117	511 711	681	3 140 172
357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNHE DELL'OVARIO O DEGLI ANNESSI	117	1 430 208	83	1 023 149	97	582 253	33	222 714	300	3 251 322
358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNHE CON CC	133	941 906	125	788 725	105	650 147	38	203 862	403	2 950 140
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNHE SENZA CC	2243	11 406 656	2403	10 867 330	2403	10 732 147	481	3 583 808	8010	38 748 038
360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVIC E VULVA	342	1 263 270	482	1 578 950	494	1 724 231	381	1 178 360	1609	6 181 631
361	LAPAROSCOPIA E CECILOSTOMIA, APPAROTOMICA DELLE TUBE	130	478 872	158	485 568	104	203 134	71	188 360	473	1 417 622
362	CUCULOSOMI ENDOGASTRICA DELLE TUBE	20	81 720	20	37 540	3	8 806	1	8 344	50	66 419
363	MIOTOMIA E SOSPENSIONE CONDUZIONE E IMPIANTO DI ANT. RADICANTI, PER NEOPLASIE MALIGNHE	119	561 040	128	558 351	63	295 617	42	181 011	349	1 526 064
364	MIOTOMIA E SOSPENSIONE CONDUZIONE ECCELTO PER NEOPLASIE MALIGNHE	723	2 787 748	1374	5 024 475	1478	3 532 734	898	2 077 483	4431	17 441 745
365	ALTRI INTERVENTI SUL L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	116	862 636	122	813 508	80	306 762	40	208 478	348	2 052 120
366	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC	203	2 181 023	407	3 541 274	62	819 159	55	348 348	827	6 663 824
367	NEOPLASIE MALIGNHE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC	507	2 335 748	401	1 882 888	212	1 030 181	118	516 047	1178	5 016 047
368	DEFICIT DEL L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	29	328 356	141	488 780	108	422 026	103	304 380	400	1 528 917
369	DISTURBI UTERINI E ALTRI DISTURBI DEL L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	619	1 083 270	815	1 514 830	608	1 478 022	254	501 168	2120	5 230 945
369 b	DISTURBI UTERINI E ALTRI DISTURBI DEL L'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	410	235 840	410	234 090	424	234 090	179	84 864	1414	786 950
370	PARTO CESAREO CON CC	400	2 943 536	187	1 131 818	171	877 428	16	86 080	919	5 140 928
371	PARTO CESAREO SENZA CC	3880	10 110 188	4100	11 703 872	2420	8 000 282	550	2 070 640	11880	47 572 951
372	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	170	760 380	170	684 522	130	484 377	30	107 376	500	2 049 555
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	5249	19 000 861	10881	38 388 835	10080	28 170 202	3769	8 805 782	31439	83 175 870
374	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	4	521 006	16	187 818	45	148 410	23	71 382	251	911 210
375	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCELTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	4	20 282	40	20 451	20	103 241	14	224 701	42	224 701
376	DIAGNOSI RELATIVE A FOSTARTO E POSTPARTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	59	132 884	49	112 764	80	173 878	14	20 830	195	448 742
376 b	DIAGNOSI RELATIVE A FOSTARTO E POSTPARTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	35	18 550	32	15 254	53	33 877	6	3 010	121	71 507
377	DIAGNOSI RELATIVE A FOSTARTO E POSTPARTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	60	495 024	134	573 574	83	338 735	25	44 985	310	1 378 201
378	EMBRIONAZIONE FETOPUNA	178	495 024	164	465 098	108	417 481	45	163 310	487	2 051 350
379	EMBRIONAZIONE FETOPUNA	103	3 128 300	1215	4 493 850	1078	3 241 850	416	1 384 480	3170	12 725 900
379 b	EMBRIONAZIONE FETOPUNA	171	375 174	218	469 865	134	240 837	67	117 568	610	1 212 664
380	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO MEDIANTE ASPERAZIONE O STEREOCOTONIA	2506	6 725 120	2674	8 773 704	3374	7 714 851	3000	6 426 000	12499	26 688 568
381	FALSO TRANSITO	395	293 450	330	264 114	488	349 217	201	140 861	1340	1 017 652
382	FALSO TRANSITO	223	149 833	223	134 670	312	177 849	134	71 831	892	534 183
383	ALTRE DIAGNOSI PREPARATO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	520	1 038 912	544	1 010 119	538	1 008 532	152	478 774	1914	4 921 507
383 b	ALTRE DIAGNOSI PREPARATO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	228	150 628	233	151 207	144	93	37 017	685	360 089	
384	ALTRE DIAGNOSI PREPARATO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	359	1 008 844	401	1 017 916	217	519 730	102	243 475	1064	2 786 116
384 b	ALTRE DIAGNOSI PREPARATO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	218	119 000	287	120 150	144	81 200	72	28 800	721	320 100
385	INCONTI MORTO TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI	274	1 674 691	274	1 608 789	403	1 222 934	31	972 351	781	5 400 003
386	INCONTI CRANIOFACCIALI IMMATURE CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO	359	8 044 416	135	3 009 821	50	1 029 520	6	118 270	553	12 450 802
387	FREMIUTARI CON AFFEZIONI MIEGALICI	623	9 414 981	240	2 017 412	80	507 322	10	108 051	967	12 427 791
388	PRENATALITA SENZA AFFEZIONI MIEGALICI	452	3 500 035	452	3 048 167	80	509 524	80	119 988	1004	7 064 100
389	MECATI A TERMINE CON AFFEZIONI MIEGALICI	1091	3 630 030	1091	3 454 828	758	2 331 077	152	439 940	3002	10 064 552

DSIS	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000
390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	274	8.187.904	2019	4.895.285	2016	4.434.532	337	851.842	6711	15.314.468
391	NEONATO INIZIALE	2492	5.821.000	12590	11.843.420	8130	7.872.308	4882	3.334.658	34400	21.889.811
392	SPINOCEROMIA, ETA > 17	81	978.585	55	510.217	31	338.188	23	222.362	189	2.107.781
393	SPINOSTENIA, ETA < 18	10	102.989	11	85.447	6	41.018	5	41.820	42	334.883
394	ALTRI INTERVENTI SULLA CHIRURGIA ORTOPEDICA	100	1.424.559	180	1.987.200	80	513.410	70	422.400	417	3.487.596
395	ANOMALIA DEI GLOBIULI ROSSI, ETA > 17	626	3.813.892	608	3.813.892	602	3.688.168	654	2.122.678	2493	14.692.897
396	ANOMALIE DEI GLOBIULI ROSSI, ETA < 18	145	475.497	40	119.326	19	50.388	6	14.975	210	833.084
397	INFEZIONI DELLA CAVITA' AZIONE	31	31.888	37	9.394	6	4.113	3	1.474	90	53.144
398	INFEZIONI DEL SISTEMA RETROCOLONIBOZZIALE E ANIMANTARIO CON CC	456	4.385.288	281	1.900.291	108	1.104.442	34	258.688	880	7.649.000
399	JUSTURDI DEL SISTEMA REDCOLONIBOZZIALE E ANIMANTARIO SENZA CC	284	2.884.258	18	819.777	159	875.958	93	819.488	431	4.167.145
400	INFEZIONI DEL SISTEMA REDCOLONIBOZZIALE E ANIMANTARIO SENZA CC	431	2.817.634	231	1.206.862	189	596.747	163	780.658	1034	5.206.940
401	INFEZIONI DEL SISTEMA REDCOLONIBOZZIALE E ANIMANTARIO SENZA CC	218	4.043.246	144	2.488.281	31	383.303	12	178.681	411	7.000.292
402	LEUCEMIA E LEUCEMIA MIELOBLASTICA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	101	1.803.153	24	385.525	33	567.217	5	71.412	163	2.827.467
403	LEUCEMIA E LEUCEMIA MIELOBLASTICA SENZA CC	223	1.787.217	130	869.082	62	395.187	40	259.328	455	3.117.836
404	LEUCEMIA MIELOBLASTICA SENZA CC	840	11.008.389	319	4.405.726	715	3.152.038	80	1.040.403	1930	20.363.881
405	LEUCEMIA MIELOBLASTICA SENZA CC	1844	11.029.917	371	3.429.330	42	3.748.719	133	761.800	2677	17.870.452
406	LEUCEMIA MIELOBLASTICA SENZA CC	184	2.884.834	24	264.405	4	83.181	6	23.703	238	3.309.478
407	ALLERZIONI MIELOBLASTICHE E MIELOBLASTICHE CON ALT. MABG. CON CC	40	844.120	14	582.464	6	198.783	8	59.644	71	1.377.800
408	ALLERZIONI MIELOBLASTICHE E MIELOBLASTICHE CON ALT. MABG. SENZA CC	22	321.400	10	379.950	14	119.288	9	1.780.897	50	4.398.271
409	MALFERIZIONE MIELOBLASTICHE E MIELOBLASTICHE CON ALT. MABG. SENZA CC	130	1.431.750	185	1.375.148	75	809.434	61	510.880	500	2.654.038
409-5	RAPIRETERPIA	350	2.031.354	22	112.303	22	168.128	42	294.301	447	2.654.038
410	CHEMOERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	154	111.409	10	3.516	10	3.154	19	11.076	153	135.171
410-5	CHEMOERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	154	9.397.024	3001	4.282.519	1067	3.203.719	14	715.603	4068	13.028.934
411	ANEMIE DA MPOLEASIA MIELOBLASTICA SENZA DIAGNOSI	970	691.488	808	587.488	702	517.294	163	89.715	2712	1.710.972
411-5	ANEMIE DA MPOLEASIA MIELOBLASTICA SENZA DIAGNOSI	130	218.783	212	599.448	128	348.218	122	147.323	592	1.473.123
412	ANEMIE DA MPOLEASIA MIELOBLASTICA SENZA DIAGNOSI	46	27.810	142	68.372	55	38.933	12	35.068	335	183.738
412-5	ANEMIE DA MPOLEASIA MIELOBLASTICA SENZA DIAGNOSI	7	37.710	40	101.742	35	118.278	121	249.634	229	485.024
413	ANEMIE DA MPOLEASIA MIELOBLASTICA SENZA DIAGNOSI	3	3.485	30	38.918	35	21.328	11	45.188	101	147.788
414	ALTERAZIONI MIELOBLASTICHE E MIELOBLASTICHE CON ALT. MABG. CON CC	5	1.083.588	107	1.083.521	107	377.363	117	588.062	427	4.658.413
415	ALTERAZIONI MIELOBLASTICHE E MIELOBLASTICHE CON ALT. MABG. SENZA CC	222	1.564.888	222	3.380.180	187	1.172.932	214	1.109.914	855	5.325.413
416	INTERVENTI CHIRURGICI PER MOLLATTIE INFETTIVE E PARASITARIE	102	1.418.472	47	889.224	29	222.488	197	2.680.988	485	5.280.988
417	SETTEMIA, ETA > 18	180	1.739.480	120	413.020	65	582.334	37	220.511	408	3.791.363
418	SETTEMIA, ETA < 18	315	383.347	14	89.005	10	45.917	0	0	349	477.100
419	FEDERE DI ORIGINE SCOSIOSI, ETA > 17 CON CC	20	332.270	48	219.108	25	117.681	22	37.461	166	798.531
420	FEDERE DI ORIGINE SCOSIOSI, ETA > 17 SENZA CC	85	497.834	83	448.071	106	214.128	52	249.517	306	1.099.531
421	MALATTIE DI ORIGINE VITALE, ETA > 17	108	913.618	108	822.871	106	978.828	116	358.822	438	2.512.807
422	MALATTIE DI ORIGINE VITALE, ETA < 18	106	580.832	502	886.400	426	170.333	27	200.278	1031	2.497.886
422-5	MALATTIE DI ORIGINE VITALE, ETA < 18	204	1.088.744	141	70.785	92	43.010	9	3.880	486	1.316.150
423	ALTRE DIAGNOSI REATTIVE E TUBERCOLE DI ORIGINE SCOSIOSI, ETA > 18	428	2.829.824	324	1.344.388	167	940.528	325	689.800	1144	6.411.816
424	INTERVENTI CHIRURGICI DI ORG. PULM. TIPO PATIEMTI CON INGRESSI PRINCIP. DI MALATTIA MENTALE	97	849.848	18	75.210	20	262.908	18	75.210	164	1.450.805
425	NEVROSI ACUTE DI ADATTAMENTO E DISTURBI DI ADATTAMENTO	439	1.849.532	554	7.115.984	473	1.749.188	645	1.590.105	1830	7.424.305
426	NEVROSI DEPRESSIVE	442	1.849.532	464	7.115.984	398	4.432.537	477	1.590.105	1799	6.899.584
427	NEVROSI DEPRESSIVE	134	503.840	420	1.950.748	153	623.788	118	444.313	1179	5.111.262
428	DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTRASTO DEGLI IMPULSI	505	3.502.184	425	2.251.778	272	1.389.874	408	1.592.645	1793	9.079.134
429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	2838	11.795.618	2838	13.863.236	278	4.372.342	233	3.525.245	6277	33.537.518
430	DISTURBI INFANTILI DELL'INIZIAZIONE	127	622.020	40	510.038	20	81.884	15	34.032	192	989.785
431	ALTRA DIAGNOSI RELATIVE A DISTURBI MENTALI	288	1.170.264	79	324.763	39	142.788	44	184.243	307	1.749.203
432	ABUSO DI DIPENDENZA DA ALCOHOL, FARMACI, DROGHE, INGRESSO CONTRO FARE DEL SMI/PTI	315	283.236	215	426.287	95	177.812	73	132.100	697	889.249
433	ABUSO DI DIPENDENZA DA ALCOHOL, FARMACI, DROGHE, ALTRO TRATT. SMI/PTI, CON CC	80	282.630	48	205.187	44	174.022	25	98.150	199	704.970
434	ABUSO DI DIPENDENZA DA ALCOHOL, FARMACI, DROGHE, ALTRO TRATT. SMI/PTI, SENZA CC	389	1.482.329	389	1.313.408	285	740.011	145	489.786	1118	4.021.532
435	DIPENDENZA DA ALCOHOL, FARMACI, DROGHE, ALTRO TRATT. SMI/PTI, SENZA CC	4	16.377	2	8.377	5	19.740	1	48.773	11	84.723
437	DIPENDENZA DA ALCOHOL, FARMACI, DROGHE, ALTRO TRATT. SMI/PTI, SENZA CC	8	30.804	14	64.682	3	15.682	3	12.332	26	120.808
440	SEGGIAMENTO DI FERITE PER TRATTAMENTO	91	473.310	82	288.615	3	19.489	3	19.324	179	789.789
441	INTERVENTI SULLA MANO PER TRATTAMENTO	30	307.639	34	313.196	8	78.258	27	221.076	100	818.615
442	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRATTAMENTO CON CC	112	424.480	139	474.129	44	219.178	26	72.760	319	1.177.683
443	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRATTAMENTO SENZA CC	229	2.088.775	222	1.780.899	170	1.136.348	89	318.234	209	3.773.992
444	TRATTAMENTI LETA > 17 SENZA CC	48	273.985	65	394.644	58	248.366	23	81.540	194	884.936
445	TRATTAMENTI LETA > 17 SENZA CC	132	905.637	304	809.204	152	629.718	88	238.940	681	2.684.111
446	TRATTAMENTI LETA < 18	101	47.874	203	102.000	101	40.885	55	189.023	460	189.023
446-5	TRATTAMENTI LETA < 18	32	131.037	109	239.518	30	94.843	14	20.362	231	484.132



TABELLA VI. Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG e classe di soggetto erogatore. Ricoveri ordinari per acuti. Anno 2000

DRG	NOME	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Totale	
		casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000	casal 2000	Ricavi 2000
446.5	TRAUMATISMI, ETA < 18	52	34.370	186	62.370	30	16.630	14	7.362	271	123.612
447	REFAZIONI ALLERGICHE, ETA > 17	61	104.286	86	245.579	66	128.678	32	61.598	245	701.019
447.5	REFAZIONI ALLERGICHE, ETA > 17	41	24.723	57	30.964	44	22.552	21	10.530	163	98.340
448	REFAZIONI ALLERGICHE, ETA < 18	26	47.476	30	51.219	13	20.862	5	7.968	74	127.184
448.5	REFAZIONI ALLERGICHE, ETA < 18	17	9.690	20	10.180	9	4.284	3	1.344	49	25.228
449	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI, ETA > 17, CAN. CC.	361	69.304	132	56.651	92	382.677	48	182.622	389	1.094.861
450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI, ETA > 17, SENZA CC.	201	569.418	763	567.071	126	288.413	194	231.452	1.384	1.787.359
450.5	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI, ETA > 17, SENZA CC.	301	176.066	394	707.411	187	82.888	108	73.008	1.038	548.520
451	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI, ETA < 18	77	187.693	124	231.818	61	108.144	17	28.628	277	590.563
451.5	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI, ETA < 18	112	78.178	188	118.246	91	53.993	26	10.500	414	282.072
452	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, COM CC.	51	240.664	28	110.242	44	171.079	25	34.073	138	516.119
453	COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTI, SENZA CC.	100	625.630	361	300.326	52	271.823	32	68.586	481	1.381.421
454	ALTRI DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI CON CC.	23	14.773	16	17.509	15	14.773	12	37.077	66	374.870
455	ALTRI DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI SENZA CC.	71	267.363	51	174.859	20	83.223	16	46.236	164	571.679
455.5	ALTRI DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI SENZA CC.	71	48.150	51	29.835	20	14.305	16	8.230	164	571.679
456	USCINI NON LESI, SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	11	85.149	16	108.890	0	38.251	0	24.460	37	254.738
457	USCINI LESI, SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	10	8.540	1	8.540	1	8.474	0	0	20	187.000
458	USCINI NON LESI, CON TRAPIANTO D'IPILLE	107	2.241.214	61	413.411	6	107.110	0	0	174	2.467.736
459	USCINI NON LESI, CON SERGIAMENTO DI PERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	41	305.474	5	24.731	3	21.204	0	0	49	449.711
460	USCINI NON LESI, SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	133	478.800	100	478.800	0	200.432	33	102.200	322	1.025.200
461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO, CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	80	448.240	100	502.020	0	204.470	10	44.024	236	1.217.362
462	RAMIFICAZIONE	11	42.625	1	3.450	32	185.481	0	0	44	231.513
463	SEMILOI BRIONI CON CC	69	450.225	81	470.573	79	432.818	17	376.840	306	1.734.345
464	SEMILOI SENZA CC	72	285.356	48	171.202	62	216.850	56	181.984	246	649.274
464.5	SEMILOI SENZA CC	100	43.905	72	30.198	94	34.757	360	21.328	586	429.853
465	AGGREGAZIONE/AMBITATAVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	3	1.203	16	5.774	1	349	0	0	20	7.310
466	AGGREGAZIONE/AMBITATAVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	16	52.814	16	42.081	8	14.907	7	18.359	47	128.301
467	ALTRI FALLOI O ILINQUEZIANZOLO STATO DI SALUTE	506	1.527.614	220	587.782	220	584.558	154	371.461	1.100	3.081.020
467.5	ALTRI FALLOI O ILINQUEZIANZOLO STATO DI SALUTE	760	418.490	300	162.758	320	153.714	231	101.270	1.611	624.220
468	DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	6	5.259	6	4.730	5	3.720	3	2.182	23	18.012
469	NON AI TRIDUOLI, AD ALTRO DRG	47	41.172	65	51.248	47	34.946	2	19.622	197	147.007
470	TRAIUMATISMI MAGGIORI, DILATAZIONE O MULTIPI SULE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INTERIORI	41	1.155.083	5	128.778	4	65.788	2	45.077	52	1.422.707
471	USI, USI, USI, CON INTERVENTO CHIRURGICO	10	835.820	0	0	0	0	0	0	10	835.820
472	USI, USI, USI, CON INTERVENTO CHIRURGICO	608	23.895.198	194	3.884.751	64	2.141.565	24	765.048	826	30.577.256
473	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	394	7.235.328	519	8.871.096	421	2.089.842	45	670.372	1.129	18.819.550
474	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE	21	182.108	10	82.932	10	77.559	10	73.184	51	455.302
475	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO, NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE	117	1.865.748	227	1.293.863	227	1.184.327	136	687.614	607	5.051.681
476	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	459	5.088.270	215	2.281.172	36	390.743	36	339.523	717	8.060.709
477	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	434	3.388.598	217	1.514.842	38	237.364	38	220.402	723	5.342.246
480	TRAPIANTO DI FEGATO	100	12.156.000	0	0	0	0	0	0	100	12.156.000
481	TRAPIANTO DI MIDOLLA SPINALE	330	27.051.200	19	1.324.800	0	0	0	0	349	28.376.000
482	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI CRANIALI, LARINGEALI O FARINGEI	172	3.722.424	141	2.746.370	24	441.407	7	121.196	344	7.101.436
483	TRACHEOSTOMIA ECCEPTE PER DISTURBI CRANIALI, LARINGEALI O FARINGEI	925	42.191.050	261	18.272.944	69	4.783.511	17	1.104.213	1.272	66.351.718
484	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTILI RILEVANTI	19	89.869	2	8.869	0	0	0	0	21	98.738
485	REIMPIANTO DI ARTI INTERIORI SU AMICA E FEGATORE PER TRAUMATISMI MULTILI RILEVANTI	82	2.137.824	47	1.109.618	16	308.262	5	104.266	150	3.743.938
486	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTILI RILEVANTI	168	3.088.545	109	2.318.511	39	701.445	29	725.478	352	7.710.079
487	ALTRI TRAUMATISMI MULTILI RILEVANTI	168	1.822.590	220	2.187.100	110	1.032.071	0	430.024	528	6.629.523
488	ILIV ASSOCIATO AD UN ALTRO DRG	46	1.080.512	23	470.260	0	0	0	0	71	1.550.772
489	ILIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	689	8.147.184	592	10.060.553	0	0	0	0	1.281	19.207.737
490	ILIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	20 + 0	3.772.546	572	4.146.603	0	0	0	0	1.040	7.922.351
490.5	ILIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	117	88.592	143	76.186	0	0	0	0	260	144.900
491	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E MEMBRANI DI ARTI SUPERIORI	27	222.849	13	47.089	18	150.429	0	0	58	491.557
492	CHEMICOTOMIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	20 + 0	3.065.582	0	0	12	139.789	0	0	245	3.169.323
492.5	CHEMICOTOMIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	100	113.580	0	0	5	4.824	0	0	105	118.404
Totale		22.651.16	1.438.830.223	22.241.0	1.005.131.326	19.509	720.287.427	51.734	435.858.646	761.763	3.601.223.622

Tabella X. DRG erogabili in Day Hospital, Anno 2000

DRG	TIPO	NOME
6	C	DECOMPRESIONE 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 ECCEPTE ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO
15	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI
17	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPEDIFICHE SENZA CC
19	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC
20	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCEPTE 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 ECCEPTE ORBITA, ETA' > 17
41	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE ORBITA, ETA' < 18
42	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEPTE RETINA, IRIDE E CRISTALLINO
44	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO
45	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO
46	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC
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 ECCEPTE SIALOADENECTOMIA
53	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 ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADEINOIDECTOMIA ETA' > 17
58	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEPTE SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADEINOIDECTOMIA ETA' < 18
59	C	TONSILLECTOMIA E/O ADEINOIDECTOMIA, ETA' > 17
60	C	TONSILLECTOMIA E/O ADEINOIDECTOMIA, 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
68	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC
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
96	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, ECCEPTE SOSTITUZIONE
118	C	SOSTITUZIONE PACEMAKER CARDIACO
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE
120	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO
125	M	MAL. CARDIOVASC. ESCLUSO IMA CON CATERETERISMO CARDIACO DIAG. NO COMPLIC.
128	M	TROMBOFLEBITI 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
134	M	IPERTENSIONE



Tabella X. DRG erogabili in Day Hospital. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME
130	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
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 CRASSO 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
163	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
176	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC
179	M	MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINO
183	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. 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
186	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETA' < 16
167	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
187	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
215	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO SENZA CC
216	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO
217	C	SBRIGL.FERITA E TRAPIAN.CUTANEO ECCETTO MANO PER MALAT.SIST. MUSCOSCHEL.E TESSUTO CONNETT.
219	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERI 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
226	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 MUSCOLOSCHIELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC
234	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC
238	M	OSTEOMIELE
238	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SIST.MUSCOLOSCHEL. E TESSUTO CONNETTIVO
240	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC
241	M	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC
242	M	ARTRITE SETTICA
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 MUSCOLOSCHIELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO
248	M	TENDINITE MIOSITE E BORSITE
249	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST.MUSCOLOSCHEL. 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 SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
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
263	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC



*[Handwritten signature]*

Tabella X. DRG erogabili in Day Hospital. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME
264	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC
265	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC
266	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC
267	C	INTERVENTI PERIANALI E PİLONIDALI
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
277	M	CELLULITE ETA' > 17 CON CC
278	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC
279	M	CELLULITE ETA' < 18
280	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' > 17 CON CC
281	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' > 17 SENZA CC
282	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' < 18
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 TIREOGLOSSO
293	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC
294	M	DIABETE ETA' > 35
295	M	DIABETE ETA' < 35
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
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
325	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETA' > 17 CON 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
328	M	STENOSI URETRALE ETA' > 17 CON CC
329	M	STENOSI 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 MASCHILI 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
345	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI
347	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC
348	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC
349	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC
350	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE
352	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE
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. RADIOATT. PER NEOPLASIE MALIGNI
364	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI
365	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
366	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC



*M*



Tabella X. DRG erogabili in Day Hospital. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME
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 ISTEROCTOMIA
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, ETA' > 17
396	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' < 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, ETA' > 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
413	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON CC
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
419	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 CON CC
423	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC
421	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17
422	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 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 ECCETTO 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
439	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, ETA' > 17 SENZA CC
446	M	TRAUMATISMI, ETA' < 18
447	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' > 17
448	M	REAZIONI ALLERGICHE, ETA' < 18
450	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC
451	M	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' < 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
465	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA
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 ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG
473	M	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17
477	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE
479	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC
489	M	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE
490	M	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE
492	M	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA

*Handwritten signature*



**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
01.01	Puntura delle cisterne
01.02	Puntura ventricolare mediante catetere già 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 frazione 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] del 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
06.11	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
16.02	Incisione del canale uditivo esterno
16.09	Altra incisione dell'orecchio esterno
18.12	Biopsia dell'orecchio esterno
18.19	Altre procedure diagnostiche sull'orecchio esterno
18.29	Asportazione o demolizione di altra lesione dell'orecchio esterno
18.4	Sutura di lacerazione dell'orecchio esterno
20.31	Elettrococciografia
20.8	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	Asportazione o demolizione di lesione del naso
21.31	Asportazione o demolizione locale di lesione intranasale
21.32	Asportazione o demolizione locale di altra lesione del naso
21.71	Riduzione chiusa di frattura nasale non a cielo aperto
21.81	Sutura di lacerazione del naso
21.91	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
23.11	Estrazione di radice residua
23.19	Altra estrazione chirurgica di dente
24.0	Incisione di gengiva o di osso alveolare
24.11	Biopsia della gengiva
24.12	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



*M*

**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
24.8	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
27.91	Frenulotomia labiale
29.12	Biopsia faringea
29.19	Altre procedure diagnostiche sul faringe
29.91	Dilatazione del faringe
31.0	Iniezione della laringe
31.43	Biopsia [endoscopica] della laringe
31.44	Biopsia chiusa [endoscopica] della trachea
31.46	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 locale nella trachea
31.95	Fistolizzazione tracheoesofagea
33.24	Biopsia bronchiale [endoscopica]
33.26	Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del polmone
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
34.22	Mediastinoscopia
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 pace-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	Altra controllo di emorragia dallo stomaco o del duodeno
44.93	Inserzione di bolla gastrica (palloncino)
44.94	Rimozione di bolla gastrica (palloncino)
45.15	Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia
45.19	Altre procedure diagnostiche sull'intestino tenue
45.25	Biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso
45.27	Biopsia intestinale



*[Handwritten signature]*

**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
45.28	Altre procedure diagnostiche sull'intestino crasso
45.29	Altra procedura diagnostica sull'intestino
45.14	Colostomia differita
46.24	Ileostomia in due tempi
46.31	Altra enterostomia in due tempi
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
48.36	Polipectomia [endoscopica] del retto
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 trombizzate
50.11	Biopsia [percutanea] [agobiopsia] del fegato
50.91	Aspirazione percutanea del fegato
50.92	Assistenza epatica 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 cieca
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
56.32	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
57.31	Cistoscopia attraverso stoma artificiale
57.32	Altra cistoscopia
57.92	Calibraggio collo vescicale
57.94	Cateterismo 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 uraterostomico
59.94	Riposizionamento chirurgico di drenaggio cistostomico
59.95	Litotrixxia con ultrasuoni o elettroidraulica
59.99	Altri interventi sull'apparato urinario



*Handwritten signature or initials.*

**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
60.11	Biopsia transperitoneale [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
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 legatura 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
65.01	Ovariectomia laparoscopica
65.13	Biopsia laparoscopica dell'ovaio
65.14	Altre procedure diagnostiche laparoscopiche sull'ovaio
65.23	Marsupializzazione laparoscopica di cisti ovarica
66.8	Insufflazione delle tube
66.91	Aspirazione delle tube
67.0	Dilatazione del canale cervicale
68.23	Ablazione dell'endometrio
69.59	Altro raschiamento dell'utero mediante aspirazione
69.6	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
69.96	Rimozione del materiale di cerchiaggio dalla cervice
70.0	Culdocentesi
70.11	Inemotomia
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 (cuoio capelluto)
75.33	Prelievo di sangue fetale e biopsia
75.35	Altre procedure diagnostiche sul feto e sull'amnios
76.31	Mandibolectomia 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
76.95	Altra manipolazione di articolazione temporomandibolare
76.96	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
79.06	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 delle 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



*Handwritten signature*

**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
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
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 borsa 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 monilaterale
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 unghia
86.24	Chemiochirurgia della cute
86.28	Legatura di appendice dermica
86.27	Currettaggio di unghia
86.28	Rimozione non esportativa di ferite
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	Decriocistografia con contrasto
87.06	Radiografia con contrasto del nasofaringe
87.07	Laringografia con contrasto
87.08	Linfografia cervicale
87.13	Artrografia temporomandibolare con contrasto
87.14	Radiografia orbitale con contrasto
87.15	Radiografia sinusale con contrasto



*[Handwritten signature]*

**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
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
87.38	Sinografia della parete toracica
87.41	Tomografia assiale computerizzata (TAC) del torace
87.51	Colongiografia 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	Arteriografia 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 delle vene 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 iliare
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	Poliisonnogramma
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



*Handwritten signature*

**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
89.32	Manometria esofagea
89.41	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile
89.42	Test da sforzo dei due gradini di Meesters
89.43	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro
89.44	Altri test cardiovascolari da sforzo
89.45	Controllo di frequenza del pace-maker
89.46	Controllo dell'ampiezza dell'onda del pace-maker
89.47	Controllo della impedenza dellelettrodo del pace-maker
89.48	Controllo delle soglie di voltaggio o amperaggio del pace-maker
89.50	Elettrocardiogramma dinamico
89.54	Monitoraggio elettrocardiografico
89.61	Monitoraggio della pressione arteriosa sistemica
89.62	Monitoraggio della pressione venosa centrale
89.63	Monitoraggio della pressione dell'arteria polmonare
89.64	Monitoraggio della pressione in arteria polmonare
89.66	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
92.03	Scintigrafia renale e studio funzionale radioisotopico
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 faccia
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
93.46	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 velocità e bassa ampiezza

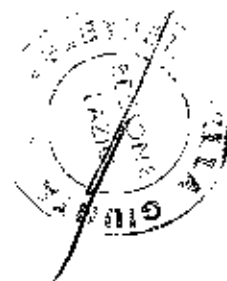


*Handwritten signature or mark.*



**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
93.63	Trattamento manipolativo di osteopatia usando forze a bassa velocità e elevata 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
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 alluso di cani guida per ciechi
93.77	Training alluso 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
93.86	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 colecistostomia e altro tubo biliare
96.42	Irrigazione di tubo pancreatico
96.45	Irrigazione di nefrostomia e pielostomia
96.46	Irrigazione di ureterostomia e 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 mezistino



*Handwritten signature*

**Tabella XI. Procedure effettuabili in Day Hospital medico e considerate appropriate per la modalità assistenziale. Anno 2000**

ICD-9-CM	Descrizione della procedura
97.43	Rimozione di suture dal torace
97.49	Rimozione di altri apparecchi dal torace
97.51	Rimozione di tubo di gastrostomia
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	Exsanguino 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 malattia autoimmune
99.14	Iniezione di gamma globuline
99.15	Infusione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate
99.25	Iniezione o infusione di sostanze chemioteraputiche per tumore non classificate altrove
99.61	Cardioversione atriale
99.71	Plasmaferesi terapeutica
99.72	Leucoferesi terapeutica
99.73	Eritrocitoferesi terapeutica
99.74	Piastrinoferesi 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	Fotoferesi terapeutica
99.91	Agopuntura per anestesia
99.92	Altra agopuntura



**E' inoltre considerata appropriata l'effettuazione, nello stesso accesso, di almeno 3 procedure diagnostiche tra quelle comprese nei seguenti intervalli di codici e non comprese nell'elenco precedente**

- 87.01 - 87.98
- 89.10 - 89.59
- 89.62 - 89.69
- 92.01 - 92.29
- 93.90 - 93.99
- 95.03 - 95.28
- 95.41 - 99.88

*Handwritten signature or mark.*

TABELLA XI.1 Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG. Day Hospital chirurgico. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME	Casi PCN	Tariffa 2000	Ricavi 2000
1	C	CRANIOTOMIA ETÀ > 17 ECCEP TO PER TRAUMATISMO	31	4681	-
2	C	CRANIOTOMIA ETÀ > 17 PER TRAUMATISMO	61	6834	-
3	C	CRANIOTOMIA ETÀ < 18	0	4739	-
4	C	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	0	4281	-
5	C	INTERVENTI SUI VASI EX. RACCOMI	0	3551	-
6	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2362	2470	5 081 000
7	C	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	2	3078	-
8	C	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	50	2356	210 310
36	C	INTERVENTI SULLA RETINA	579	2436	1 637 150
37	C	INTERVENTI SULL'ORBITA	19	2885	59 250
38	C	INTERVENTI PER MALATTIE DELL'OCCHIO	130	2270	295 100
39	C	INTERVENTI SULLA CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	7300	2671	21 525 000
40	C	INTERVENTI SULLA STRUTTURA EXTRACOLLARE ECCEP TO ORBITA ETÀ > 17	2430	2299	5 511 400
41	C	INTERVENTI SULLA STRUTTURA EXTRACOLLARE ECCEP TO ORBITA ETÀ < 18	150	2111	317 650
42	C	INTERVENTI SULLA STRUTTURA EXTRACOLLARE ECCEP TO RETINA, RIDE E CRISTALLINO	430	2525	1 082 450
49	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA CAPA E SUL COLLO	0	4815	-
50	C	SALICAZIONE D'OHIA	11	2655	29 215
51	C	INTERVENTI SULLE CHIAVOLE SALVARI ECCEP TO SALICAZIONE D'OHIA	23	2430	49 890
52	C	RIPARAZIONE DI CIPLOBOCHI E DI PALATO SCHISI	0	2239	-
53	C	INTERVENTI SUL SEN E MASTOIDE ETÀ > 17	0	5245	72 450
54	C	INTERVENTI SUL SEN E MASTOIDE ETÀ < 18	0	2779	-
55	C	MISCELANZA DI INTERVENTI SUI ORECCHI O NASO, BOCCA E GLA	970	2561	2 454 170
56	C	RINOFIASCIA	250	2395	439 350
57	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEP TO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETÀ > 17	120	1601	168 100
58	C	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCEP TO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETÀ < 18	130	1865	186 600
59	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETÀ > 17	230	1819	337 830
60	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETÀ < 18	730	1558	726 630
61	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO ETÀ > 17	50	2815	140 750
62	C	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO ETÀ < 18	30	2739	82 170
63	C	ALTRI INTERVENTI SUI ORECCHI O NASO, BOCCA E GLA	85	3424	302 100
70	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	31	4620	-
76	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	1	2930	-
77	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO SENZA CC	51	2195	708 450
103	C	TRAPIANTO CARDIACO	0	10489	-
104	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATERETERISMO CARDIACO	0	27744	-
105	C	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATERETERISMO CARDIACO	0	17631	-
106	C	BYPASS CON CATERETERISMO CARDIACO	0	111781	-
107	C	BYPASS SENZA CATERETERISMO CARDIACO	0	8049	-
108	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	0	2688	-
110	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	0	6904	-
111	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC	0	4275	-
112	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	150	5123	753 450
113	C	AMPLIAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCEP TO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA FICCHE	31	4211	-
114	C	AMPLIAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDI PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	0	2328	-
115	C	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFIANTO MIOCARDICO ACUTO INSUFF. CARD. O SHOCK	21	4070	-
116	C	ALTRI INTERVENTI IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE DEFIBRILLATORE AUTOM. GENERATORE IMPULS.	31	4786	-
117	C	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO ECCEP TO SOLO IZ DRG	10	5140	51 400
118	C	SOSTITUZIONE PACEMAKER CARDIACO	109	17030	1 803 000
119	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1170	2632	2 550 750
123	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	150	4089	610 200
145	C	RESEZIONE RETTALE CON CC	0	4153	-
147	C	RESEZIONE RETTALE SENZA CC	0	2618	-
149	C	INTERVENTI MAGGIORI SULL'INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	0	4559	-
149	C	INTERVENTI MAGGIORI SULL'INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	0	3141	-
150	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI CON CC	0	3318	-
151	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC	0	2873	-
152	C	INTERVENTI MINORI SULL'INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	0	3198	-
153	C	INTERVENTI MINORI SULL'INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	30	2839	85 170
154	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUDENO ETÀ > 17 CON CC	0	4039	-
155	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUDENO ETÀ > 17 SENZA CC	20	2826	56 520
156	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUDENO ETÀ < 18	31	2695	-
157	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA. CON CC	0	2048	-
158	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA. SENZA CC	275	1756	483 600
159	C	INTERVENTI PER ERNIA ECCEP TO INGUINALE E FEMORALE ETÀ > 17 CON CC	10	4430	44 300
160	C	INTERVENTI PER ERNIA ECCEP TO INGUINALE E FEMORALE ETÀ > 17 SENZA CC	250	2173	763 500
161	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETÀ > 17 CON CC	10	3236	32 360
162	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETÀ > 17 SENZA CC	330	2245	874 300
163	C	INTERVENTI PER ERNIA ETÀ < 18	300	2341	1 380 600
164	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA CON CC	0	2733	-
164	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA SENZA CC	0	2189	-
165	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA CON CC	0	2278	-
167	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA SENZA CC	0	2123	-
168	C	INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC	0	2374	-
169	C	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	210	2195	461 100
170	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	0	3545	-
171	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	1	2334	26 670
181	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	0	3821	-
182	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	0	3696	-
183	C	INTERVIE BILIARI ECCEP TO COLECISTECTOMIA ISOL. CON SENZA ESPLOR. DOTTO BILARE COM. CON CC	21	4570	-
184	C	INTERVIE BILIARI ECCEP TO COLECISTECTOMIA ISOL. CON SENZA ESPLOR. DOTTO BILARE COM. SENZA CC	0	3426	-
195	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILARE COMUNE CON CC	0	3585	-
196	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILARE COMUNE SENZA CC	0	3033	-
197	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILARE COMUNE CON CC	20	3310	66 200
198	C	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILARE COMUNE SENZA CC	310	2940	1 007 300
199	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEFROSIS MAL. SNC	0	3658	36 580
200	C	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEFROSIS MAL. SNC	470	3401	1 599 470
201	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	10	4429	44 290
209	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REMBRANTI DI ART. INFERIOR	0	3561	-
210	C	INTERVENTI SU ANCHE E FEMORI ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETÀ > 17 CON CC	0	3029	-
211	C	INTERVENTI SU ANCHE E FEMORI ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETÀ > 17 SENZA CC	0	3310	-
212	C	INTERVENTI SU ANCHE E FEMORI ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI ETÀ < 18	0	4709	-
213	C	AMPLIAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	0	3066	-
214	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO CON CC	0	4530	-
215	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO SENZA CC	25	2720	54 450
216	C	BIOPS. E DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	13	3474	34 640
217	C	BIOPS. PER TA E TRAP. ANGIOTEN. ECCEP TO MALATTIE PER MALATTIE MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	40	4360	21 300
218	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE ETÀ > 17 CON CC	0	3368	-
218	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE ETÀ > 17 SENZA CC	30	2760	82 800
220	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE ETÀ < 18	0	3046	-
221	C	INTERVENTI SUL G. NOCCHIO CON CC	10	3770	37 700
222	C	INTERVENTI SUL G. NOCCHIO SENZA CC	50	2470	2 465 000
223	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO INFERIORE CON CC	0	2436	-
224	C	INTERVENTI SU SPALLA GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEP TO INTER. MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	33	243	50 295
225	C	INTERVENTI SU F. EPP	20	2600	520 000

*HL*

TABELLA XII.1 Volumi di dimissioni e spesa regionale attesi per DRG. Day Hospital chirurgico. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME	Casi 2000	tariffa 2000	Psxvii 2000
228	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI CON CC	10	8034	30 240
227	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	585	7330	867 350
226	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INT. MANO O PIEDI CON CC	20	2675	53 500
225	C	INTERVENTI SU MANO O PIEDI ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC	500	2281	1 374 200
224	C	ESCISIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLARE D'ANCA E FEMORE	63	2772	173 760
223	C	ESCISIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	573	2845	1 621 850
222	C	ARTROSCOPIA	1179	2812	3 058 380
221	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	10	4673	46 730
220	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	58	3120	186 300
219	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	9	2585	23 265
218	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	0	2585	0
217	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	0	2546	0
216	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	200	2291	458 200
215	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISIONE LOCALE	80	3204	256 320
214	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	1200	2235	2 682 000
213	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULcere DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	0	5808	0
212	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULcere DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC	80	2041	162 480
211	C	TRAPIANTI DI PELLE ECCETTO PER ULcere DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	20	3474	69 480
210	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULcere DELLA PELLE O CELLULITE SENZA CC	2850	2828	10 117 800
209	C	INTERVENTI PERIARIALI E PULMONALI	350	7500	486 350
208	C	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	121	3242	271 324
207	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	18	2781	27 810
206	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	2500	1525	1 815 000
205	C	ADJUSTAZIONE DIARTROINFERSONE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	0	4024	0
204	C	INTERVENTI SUL BIRRENE E SULLA IPOTIROIDIA	6	3045	18 270
203	C	TRAPIANTI CUTANEO E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	10	3329	33 290
202	C	INTERVENTI PER OBESITA'	0	2068	0
201	C	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	0	2070	0
200	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	68	2486	218 800
199	C	INTERVENTI SUL DOTTO TIROIDEO	10	1366	13 660
198	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	0	4368	0
197	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	20	2640	52 800
196	C	TRAPIANTO RENALE	0	9580	0
195	C	INTERVENTI SUL RENNE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESICIC PER NEOPLASIA	10	4358	43 580
194	C	INTERVENTI SUL RENNE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESICIC NON PER NEOPLASIA CON CC	0	3623	0
193	C	INTERVENTI SUL RENNE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESICIC NON PER NEOPLASIA SENZA CC	0	2830	0
192	C	PROSTATECTOMIA CON CC	0	2690	0
191	C	PROSTATECTOMIA SENZA CC	0	1922	0
190	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESICIC CON CC	10	3685	36 850
189	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESICIC SENZA CC	30	2710	81 300
188	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE CON CC	20	3375	67 500
187	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	180	2048	368 640
186	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETÀ > 17 CON CC	10	2175	21 750
185	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETÀ > 17 SENZA CC	50	1874	93 700
184	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETÀ < 18	10	2021	20 210
183	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENNE E SULLE VIE URINARIE	110	2946	483 660
182	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	0	2738	0
181	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	30	3379	101 370
180	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC	10	2041	20 410
179	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	40	1621	72 840
178	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	10	2499	24 990
177	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIA MALIGNA ETÀ > 17	300	2214	664 200
176	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIA MALIGNA ETÀ < 19	200	2401	720 200
175	C	INTERVENTI SUL PENE	170	4882	627 220
174	C	CIRCUNCISIONE ETÀ > 17	250	2229	748 150
173	C	CIRCUNCISIONE ETÀ < 18	300	1619	365 800
172	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	0	3175	0
171	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	10	2140	21 400
170	C	EMBOLECTOMIA PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	0	4738	0
169	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O ANNESSI CON CC	0	3904	0
168	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O ANNESSI SENZA CC	0	2278	0
167	C	INTERVENTI RIPRODUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0	2060	0
166	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	0	4082	0
165	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	0	2880	0
164	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	150	2460	271 500
163	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPPAROTOMICA DELLE TUBE	500	2175	1 087 500
162	C	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	40	2938	117 520
161	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONNESSIONE E IMPIANTO DI MAT. RADIOATT. PER NEOPLASIE MALIGNI	10	2144	21 440
160	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONNESSIONE E IMPIANTO DI MAT. RADIOATT. PER NEOPLASIE MALIGNI	40	3055	62 200
159	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	3000	1804	5 412 000
158	C	PARTO CESAREO CON CC	13	2615	34 000
157	C	PARTO CESAREO SENZA CC	0	8160	0
156	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	0	4370	0
155	C	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	0	1848	0
154	C	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO	80	2295	191 600
153	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROCOMIA	11724	2023	23 677 382
152	C	SPLENECTOMIA ETÀ > 17	0	2841	0
151	C	SPLENECTOMIA ETÀ < 18	0	2533	0
150	C	ALTRI INTERVENTI SULLI ORGANI EMOCITICI	200	3553	640 600
149	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	70	4421	309 490
148	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	0	3486	0
147	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	240	2375	569 750
146	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE MIOIDIE DIFFERENZIALI CON INT. MAGG. CON CC	0	4174	0
145	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE MIOIDIE DIFFERENZIALI CON ALTRI INTERVENTI	180	2805	367 270
144	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI O.JALINQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE	20	4001	60 020
143	C	TRAPIANTI DI PELLE PER TRAUMATISMO	90	2809	252 810
142	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	11	3359	36 729
141	C	INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	33	2784	66 870
140	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC	20	2820	56 400
139	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC	107	3480	34 800
138	C	LESIONI NON ESTESE CON TRAPIANTO DI PELLE	60	2670	160 200
137	C	LESIONI NON ESTESE CON SBRIGLIAMENTO DI FERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	0	8138	0
136	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	0	1021	0
135	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	0	2438	0
134	C	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	150	4108	616 200
133	C	LESIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	0	1884	0
132	C	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE	0	31380	0
131	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE	0	2864	0
130	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	100	2364	236 400
129	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC	0	4546	0
128	C	TRAPIANTO DI FEGATO	0	8348	0



*[Handwritten signature]*

TABELLA XII.1 Volumi di dimissioni a spesa regionale attesi per DRG. Day Hospital chirurgico. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME	Casi 2000	tariffa 2000	Recavi 2000
481	C	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	0	10843	-
482	C	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	0	5848	-
483	C	TRACHEOSTOMIA ECCEZZO PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	0	10378	-
484	C	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0	11153	-
485	C	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0	10032	-
486	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0	7636	-
488	C	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	0	3658	-
491	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	0	6138	-
TOTALE			52807		127.345.159

*JP*



TABELLA XII.2 Volumi di accessi e spesa regionale attesi per DRG. Day Hospital non chirurgico. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME	Accessi 2000	tariffa 2000	Ricavi 2000
9	M	MALATTIE E TRAUMATISMI MIDOLLO SPIRALE	1715	548	939 820
10	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	568	568	323 024
11	M	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	2845	528	1 501 020
12	M	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	4030	484	1 950 020
13	M	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	2550	455	1 145 020
14	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPTE ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	530	477	250 500
15	M	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	1716	454	775 780
16	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	564	564	317 112
17	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	1200	444	532 800
18	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI PERIFERICI CON CC	489	489	237 117
19	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	4600	477	2 387 300
20	M	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCEPTE MENINGITE VIRALE	200	638	127 600
21	M	MENINGITE VIRALE	200	428	85 600
22	M	ENCEFALOPATIA PER TENSINAIPI	200	562	112 400
23	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA	200	467	93 400
24	M	CONVULSIONI CEREBRALI ETA' > 17 CON CC	2240	489	1 095 360
25	M	CONVULSIONI E CEFALGIA ETA' > 17 SENZA CC	1550	606	2 757 300
26	M	CONVULSIONI E CEFALGIA ETA' < 18	2240	489	1 095 360
27	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA	200	533	106 600
28	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 60 CON CC	200	533	106 600
29	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC	200	533	106 600
30	M	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18	200	533	106 600
31	M	COMMOZIONE CEREBRALE ETA' > 17 CON CC	200	649	129 800
32	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC	200	649	129 800
33	M	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18	200	649	129 800
34	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	5950	497	2 957 150
35	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	5950	497	2 957 150
36	M	IFEMIA	10	481	4 810
37	M	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	200	492	98 400
38	M	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	500	593	296 500
39	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC	200	573	114 600
40	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC	4000	531	2 124 000
41	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18	1330	633	841 850
42	M	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	600	545	327 000
43	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	1500	489	733 500
44	M	EPISTASSI	210	559	117 390
45	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	200	748	149 600
46	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	200	597	119 400
47	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18	1000	490	490 000
48	M	DARUNGO	535	526	2 761 600
49	M	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	910	517	470 470
50	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	910	739	672 480
51	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18	1540	620	954 800
52	M	EMBOLIA POLMONARE	850	723	614 850
53	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC	200	488	97 600
54	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	200	488	97 600
55	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	800	494	395 200
56	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	420	651	273 420
57	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE CON CC	2200	516	1 135 200
58	M	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE SENZA CC	200	570	114 000
59	M	VERSAMENTO PLEURICO CON CC	200	428	85 600
60	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	200	485	97 000
61	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	320	485	155 200
62	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	1300	548	712 400
63	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	1300	402	522 600
64	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	200	478	95 600
65	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	400	388	155 200
66	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE CON CC	200	483	96 600
67	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	200	440	88 000
68	M	PNEUMOTORACE CON CC	200	438	87 600
69	M	PNEUMOTORACE, SENZA CC	200	408	81 600
70	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	200	442	88 400
71	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	2000	388	776 000
72	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	5675	504	2 841 000
73	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	203	436	87 200
74	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	900	495	445 500
75	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	10	584	5 840
76	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	1500	514	771 000
77	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON MAE COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	0	589	0
78	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	0	582	0
79	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO, MORTI	0	838	0
80	M	MAL. CARDIOVASC. ESCLUSO IMA CON CATERETERISMO CARDIACO DIAG. COMPLE.	0	522	0
81	M	MAL. CARDIOVASC. ESCLUSO IMA CON CATERETERISMO CARDIACO DIAG. COMPLE.	2000	900	1 800 000
82	M	ENDOCARDITE INGUALE E SUBACUTA	0	425	0
83	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	0	475	0
84	M	TRIMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	200	481	96 200
85	M	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	0	660	0
86	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	3000	497	1 491 000
87	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	9000	451	4 050 000
88	M	ATEROSCLEROSI CON CC	315	486	153 240
89	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC	1520	460	696 000
90	M	IPERTENSIONE	2500	488	1 220 000
91	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	0	527	0
92	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	1805	478	862 990
93	M	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	800	926	740 800
94	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	200	641	128 200
95	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	7555	488	3 681 170
96	M	ANGINA PECTORIS	1230	491	609 300
97	M	SINCOPE EDULSO CON CC	0	525	0
98	M	SINCOPE EDULSO SENZA CC	0	484	0
99	M	DOLORE TORACICO	500	782	391 000
100	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	200	573	114 600
101	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	3880	503	1 951 560
102	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	600	540	324 000
103	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	13520	535	7 222 500
104	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE CON CC	0	528	0

TABELLA XII.2 Volumi di accessi e spesa regionale attesi per DRG. Day Hospital non chirurgico. Anno 2000

DRG	TIPO	NOME	Accessi 2000	tariffa 2000	Ricavi 2000
170		EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC	250	450	112.500
172		ULCERA PEPTICA COMPLICATA	0	539	-
173		ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC	0	455	-
174		ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC	750	430	322.500
175		MALATTIE INFAMMATORIE INTESTINO	5000	410	2.050.000
176		OCCCLUSIONE GASTROINTESTINALE CON CC	0	574	-
177		OCCCLUSIONE GASTROINTESTINALE SENZA CC	0	445	-
178		ESOFAGITE GASTROENTERITE E M.SC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETÀ > 17 CON CC	0	472	-
179		ESOFAGITE GASTROENTERITE E M.SC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETÀ > 17 SENZA CC	3800	455	1.720.000
180		ESOFAGITE GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETÀ > 17	10000	553	5.530.000
181		ESOFAGITE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCEZIONE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETÀ > 17	800	62	50.400
182		ESOFAGITE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE ECCEZIONE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE ETÀ > 18	2000	50	100.000
183		ESTRAZIONE E RIPARAZIONE DENTALE	1540	74	113.960
184		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETÀ > 17 CON CC	0	635	-
185		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETÀ > 17 SENZA CC	2485	600	1.491.000
186		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETÀ > 19	700	555	390.500
187		EPATITE EPATITE ALCOOLICA	6200	537	3.339.400
188		EPATITE MALIGNE DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	500	548	2.740.000
189		NEOPLASIE DEL PANCREAS ECCEZIONE NEOPLASIE MALIGNI	1200	435	522.000
190		NEOPLASIE DEL FEGATO ECCEZIONE NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI EPATITE ALCOOLICA CON CC	620	544	337.280
191		NEOPLASIE DEL FEGATO ECCEZIONE NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI EPATITE ALCOOLICA SENZA CC	3200	540	1.728.000
192		MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	0	525	-
193		MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	1150	457	525.350
194		FRATTURE DEL FEMORE	0	572	-
195		FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	0	605	-
196		DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	0	494	-
197		OSTEOMIELITE	600	544	326.400
198		FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	5100	575	2.932.500
199		MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	400	525	210.000
200		MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	10000	481	4.810.000
201		ARTRITE SETTICA	700	502	351.400
202		AFFEZIONI MEDICHE DEL CORSO	5000	482	2.410.000
203		MALATTIE DEL CORSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	200	575	115.000
204		MALATTIE DEL CORSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	5700	480	2.736.000
205		ARTROPATIE NON SPECIFICHE	545	458	248.610
206		SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	520	521	270.920
207		TENDINI E TENDINE E BORSITE	1500	487	730.500
208		ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SIST. MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2200	600	1.320.000
209		FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETÀ > 17 CON CC	0	670	-
210		FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETÀ > 17 SENZA CC	200	655	131.000
211		FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETÀ < 18	0	725	-
212		FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETÀ > 17 CON CC	0	640	-
213		FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI BRACCIO E GAMBA ECCEZIONE PIEDE ETÀ > 17 SENZA CC	650	492	320.350
214		FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSAZIONI DI BRACCIO E GAMBA ECCEZIONE PIEDE ETÀ < 18	0	77	-
215		ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1780	505	900.900
216		ULCERE OFTALMICHE	4000	417	1.668.000
217		MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	200	534	106.800
218		MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	3200	436	1.403.200
219		NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	400	540	216.000
220		NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	10000	525	5.250.000
221		PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	700	522	365.400
222		DELUZIONE ETÀ > 17 CON CC	200	435	87.000
223		DELUZIONE ETÀ > 17 SENZA CC	500	436	218.000
224		DELUZIONE ETÀ < 18	200	540	108.000
225		TRAUMI DELLA PELLE DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETÀ > 17 CON CC	700	658	460.600
226		TRAUMI DELLA PELLE DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETÀ > 17 SENZA CC	200	646	129.200
227		TRAUMI DELLA PELLE DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETÀ < 18	300	1005	301.500
228		MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	200	487	97.400
229		MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	1500	465	697.500
230		DIABETE ETÀ > 65	8000	447	3.576.000
231		DIABETE ETÀ < 65	3000	507	1.521.000
232		DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETÀ > 17 CON CC	300	495	148.500
233		DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETÀ > 17 SENZA CC	8700	474	4.117.800
234		DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETÀ < 18	10000	455	4.550.000
235		DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETÀ > 17	6000	540	3.240.000
236		MALATTIE ENDOCRINE CON CC	500	506	253.000
237		MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC	17500	555	9.712.500
238		INSUFFICIENZA RENALE	4000	604	2.416.000
239		RICOVERO PER DIALISI RENALE	0	593	-
240		NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	0	654	-
241		NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	3000	495	1.485.000
242		INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETÀ > 17 CON CC	2000	402	804.000
243		INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETÀ > 17 SENZA CC	100	467	46.700
244		INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETÀ < 18	750	385	288.750
245		CA. COLORETTORIANA CON CC E/O TUMORISIA MEDIATA ULTRASUONI	3000	384	1.152.000
246		CA. COLORETTORIANA SENZA CC	500	427	213.500
247		SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETÀ > 17 CON CC	200	599	119.800
248		SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETÀ > 17 SENZA CC	530	526	278.780
249		SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL RENE E VIE URINARIE ETÀ < 18	1000	552	552.000
250		STENOSE URETRALE ETÀ > 17 CON CC	700	511	357.700
251		STENOSE URETRALE ETÀ > 17 SENZA CC	355	451	159.105
252		STENOSE URETRALE ETÀ < 18	0	619	-
253		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETÀ > 17 CON CC	0	525	-
254		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETÀ > 17 SENZA CC	2500	511	1.277.500
255		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE AL RENE E VIE URINARIE ETÀ < 18	5000	682	3.410.000
256		NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE CON CC	0	580	-
257		NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE SENZA CC	3000	525	1.575.000
258		IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	200	467	93.400
259		IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SENZA CC	1000	455	455.000
260		INFAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1500	527	790.500
261		STERILIZZAZIONE MASCHILE	0	0	-
262		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	4270	939	4.005.930
263		NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC	300	651	195.300
264		NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE SENZA CC	8000	562	4.504.000
265		IPERTROFIA DELLA TIROIDE	200	515	103.000
266		IPERTROFIA DELLA TIROIDE CON CC	1000	624	624.000
267		IPERTROFIA DELLA TIROIDE SENZA CC	0	535	-

*M*





TABELLA XVII. DRG per i quali si applica lo scorrimento delle quantità programmate tra le classi (Regola 3). Anno 2000

DRG	TIPO	NOME	
6	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	tutti
17	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	tutti
19	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	tutti
42	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	tutti
60	C	TRONSILECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	tutti
65	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	2 e + gg.
65.5	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	0-1 g.
69	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	tutti
86	M	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	tutti
88	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	tutti
89	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	tutti
90	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	tutti
95	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	tutti
99	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	tutti
100	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	tutti
118	C	ALTRI INTERV. IMPIANTO PACEMAKER CARD. PERMAN. O DEFIBRILLATORE AUTOM. O GENERATORE IMPULSI	tutti
121	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	tutti
122	M	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	tutti
127	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	tutti
128	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	tutti
130	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	tutti
132	M	ATEROSCLEROSI CON CC	tutti
133	M	ATEROSCLEROSI SENZA CC	tutti
134	M	IPERTENSIONE	tutti
142	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	2 e + gg.
142.5	M	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	0-1 g.
143	M	DOLORE TORACICO	2 e + gg.
143.5	M	DOLORE TORACICO	0-1 g.
144	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	tutti
145	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	tutti
151	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	tutti
152	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	tutti
155	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE E COMPLICATA SENZA CC	tutti
157	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA SENZA CC	tutti
174	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE CON CC	tutti
175	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA CC	tutti
176	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZA CC	tutti
179	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	tutti
181	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE SENZA CC	tutti
182	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 CON CC	tutti
183	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC	2 e + gg.
183.5	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISC. DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC	0-1 g.
188	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 CON CC	tutti
202	M	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	tutti
208	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	tutti
213	C	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	tutti
215	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO SENZA CC	tutti
224	C	INTERVENTI SU SPALLA GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INT. MASS. SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	tutti
225	C	INTERVENTI SUL PIEDE	tutti
227	C	INTERVENTI SU TESSUTI MOLLI SENZA CC	tutti
229	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC	tutti
230	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	tutti
231	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	tutti
232	C	ARTROSCOPIA	tutti
234	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	tutti
239	M	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SIST. MUSCOLOSCHEL. E TESSUTO CONNETTIVO	tutti
243	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	2 e + gg.
243.5	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	0-1 g.
244	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	tutti
245	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC	tutti
246	M	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	tutti
247	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	2 e + gg.
247.5	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	0-1 g.
251	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETA' > 17 SENZA CC	2 e + gg.
251.5	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO MANO E PIEDE ETA' > 17 SENZA CC	0-1 g.
254	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI BRACCIO GAMBIA ECCETTO PIEDE ETA' > 17 SENZA CC	2 e - gg.
254.5	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI BRACCIO GAMBIA ECCETTO PIEDE ETA' > 17 SENZA CC	0-1 g.
255	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO E GAMBIA ECCETTO PIEDE ETA' < 18	2 e + gg.
255.5	M	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO E GAMBIA ECCETTO PIEDE ETA' < 18	0-1 g.
256	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2 e + gg.
256.5	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0-1 g.
276	M	CELLULITE ETA' > 17 SENZA CC	tutti
281	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' > 17 SENZA CC	2 e + gg.
281.5	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA ETA' > 17 SENZA CC	0-1 g.



TABELLA XVII. DRG per i quali si applica lo scorrimento delle quantità programmate tra le classi (Regola 3). Anno 2000

DRG	TIPO	NOME	
284	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	2 e + gg.
284.5	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	0-1 g.
290	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	tutti
300	M	MALATTIE ENDOCRINE CON CC	tutti
306	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA SENZA CC	tutti
311	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	tutti
313	C	INTERVENTI SULL'URETRA ETA' > 17 SENZA CC	tutti
319	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	tutti
324	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	2 e + gg.
324.5	M	CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	0-1 g.
342	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17	tutti
345	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	tutti
369	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	tutti
373	M	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	tutti
379	M	MINACCIA DI ABORTO	2 e + gg.
379.5	M	MINACCIA DI ABORTO	0-1 g.
381	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROECTOMIA	tutti
391	A	NEONATO NORMALE	tutti
414	M	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE SENZA CC	tutti
420	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 SENZA CC	tutti
443	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO, SENZA CC	tutti
468	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	tutti
477	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAGNOSI PRINCIPALE	tutti



88

Allegato 2. Remunerazioni complessive di riferimento (RCR) per soggetto erogatore. Anno 2000

**Tabella B. Riabilitazione e lungodegenza medica**

AZ	COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR 2000		
					RAI	RS e RPO	LD
101	78	7	Villa Domelia	Roma	-	616 233	2 920 729
101	87	7	Policlinico Italia	Roma	-	19 945 416	-
101	148	7	Villa Peirizia	Roma	-	12 982 657	-
102	104	7	Villa Fulvia	Roma	-	31 439 783	-
103	58	1	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	-	5 732 799	-
103	135	7	Mater Misericordiae	Roma	-	6 769 873	-
104	65	1	Centro Rieducazione Paraplegici	Roma	-	4 519 166	-
104	113	7	Villa Pia	Roma	-	332 748	3 046 628
104	130	7	Villa Sandra	Roma	-	40 058 975	-
104	138	5	San Giovanni Battista	Roma	5 840 000	35 932 170	-
104	168	7	Giovanni Paolo	Roma	-	18 449 778	-
104	191	7	Merry House - Centro Geriatrico Romano	Roma (Acilia)	-	1 548 910	7 341 285
104	202	7	Villa Maria Immacolata	Roma	-	1 065 917	5 352 687
104	270	7	San Raffaele	Roma	-	45 338 864	3 552 235
106	128	7	San Giuseppe	Roma	5 840 000	-	-
106	146	7	Santa Rita da Cascia	Roma	-	6 896 346	-
106	162	7	Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma	-	969 297	4 736 313
106	183	7	San Feliciano	Roma	-	596 578	2 841 788
106	179	7	Anzelle dei Buon Pastora	Roma	-	13 440 743	8 288 548
106	180	7	Aurelia Hospital	Roma	-	12 847 307	-
106	183	7	Santa Lucia	Roma	-	563 268	2 662 911
106	294	7	Villa Verde	Roma	-	969 297	4 736 313
106		7	Don Gnocchi	Roma	-	4 716 050	-
106	A05	1	Polo Osp. Santo Spirito	Roma	-	3 153 020	-
106	197	7	Climatico Santo Volto	Santa Marinella	-	1 165 847	5 525 699
107	88	7	Medicus Hotel Monteripoli	Tivoli	-	15 719 918	-
107	186	7	Centro Geriatrico Nomentano	Mentana	-	28 475 314	13 814 246
107	199	7	Villa Dante	Suidonia Montecelio	-	8 381 158	-
108	36	1	Villa Albani	Anzio	-	10 830 484	-
108	55	1	Luigi Spolverini	Ariccia	-	17 516 123	-
108	82	7	Villa delle Querce	Nerri	-	28 094 834	17 129 665
108	122	7	Madonna del Tufo	Rocca di Papa	-	1 592 220	7 489 162
108	131	7	Villa dei Pini	Anzio	-	1 165 847	5 525 699
108	149	7	Villa Nina	Marino (Frattocchie)	-	999 297	4 736 313
108	176	7	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferata	-	15 565 618	-
108	196	7	Madonna della Letizia	Velletri	-	42 956 453	4 736 313
109	2	1	Ospedale Civile	Acquapendente	-	99 630	473 631
109	4	1	Ospedale Civile	Montefiascone	-	99 630	473 631
109	6	1	San'Anna	Ronchiglione	-	99 630	473 631
109	13	7	Centro Riabilitazione e Assistenza Nezi	Nepi	-	666 198	3 157 542
109	15	7	Villa Immacolata	Viterbo	-	23 920 302	3 078 603
109	A09	1	ASL VT (c/o Salus e S. Teresa)	Viterbo	-	599 578	2 841 788
111	212	7	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	-	12 875 337	-
111	214	7	Istituto Fisioterapico Clara Franceschini	Sabaudia	-	15 446 416	-
112	219	1	Santa Croce	Arpino	-	999 297	4 736 313
112	220	1	Della Croce	Alina	-	616 233	2 920 729
112	224	1	In Memoria dei Caduti	Isola del Liri	-	449 684	2 131 341
112	277	7	Center Hospital	Cassino	-	29 399 729	7 893 655
901	901	2	San Camillo - Forlanini	Roma	-	10 476 939	-
902	902	2	San Giovanni	Roma	-	12 266 289	-
903	903	2	San Filippo Neri	Roma	-	6 311 535	-
904	904	4	Bambino Gesù	Roma	-	5 816 537	-
905	905	3	Policlinico A. Gemelli	Roma	-	3 498 757	-
909	909	4	Santa Lucia	Roma	-	45 242 139	-
916	916	3	Tor Vergata (c/o S. Lucia)	Roma	-	9 261 382	-
<b>Totale regionale</b>					<b>11 680 000</b>	<b>610 834 005</b>	<b>133 248 272</b>

*H*



Allegato 2. Remunerazioni complessive di riferimento (RCR) per soggetto erogatore. Anno 2000

Tabella A. Ricoveri per acuti - Regime Ordinario - Residenti nel Lazio					
AZ	COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR 2000
901	901	2	Azienda San Camillo	Roma	240 623 506
902	902	2	Azienda San Giovanni	Roma	145 820 240
903	903	2	Azienda San Filippo Neri	Roma	132 151 127
904	904	4	IRCCS Bambino Gesù (*)	Roma	86 873 862
905	905	3	Azienda Universitaria Pol. Gemelli	Roma	263 832 782
906	906	3	Azienda Universitaria Pol. Umberto I	Roma	254 712 856
103	A03	1	Polo Osped. S. Eugenio - CTO	Roma	135 880 544
<b>Classe I</b>					<b>1 259 894 918</b>
110	19	1	San Camillo de Lellis	Rieti	59 838 756
106	45	1	San Paolo	Civitavecchia	31 610 726
108	47	1	San Sebastiano Martire	Frascati	25 525 149
107	53	1	San Giovanni Evangelista	Tivoli	42 457 381
104	61	1	Giovanni Battista Grassi	Roma	50 200 403
105	71	5	Villa San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	69 582 395
101	72	5	San Giovanni Caliblla - Fatebenefratelli	Roma	71 136 368
103	76	5	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	Roma	41 676 472
104	173	3	European Hospital (Tor Vergata)	Roma	21 799 319
105	180	7	Aurelia Hospital	Roma	39 975 474
111	200	1	Santa Maria Goretti	Latina	67 008 685
112	216	1	Umberto I	Frosinone	67 786 763
112	228	1	Gemma de Busis	Cassino	28 178 694
101	246	3	Calvary Hospital (Tor Vergata)	Roma	679 959
102	267	1	Sandro Pertini	Roma	59 967 857
109	271	1	Belcolle	Viterbo	51 190 881
911	911	4	IRCCS I.D.I.	Roma	47 746 118
912	912	4	IRCCS I.N.R.C.A.	Roma	9 031 840
915	915	3	Azienda Univ. Campus Biomedico	Roma	19 157 414
918	918	4	IRCCS Lazzaro Spallanzani	Roma	18 024 000
105	A05	1	Polo Osp. Santo Spirito	Roma	38 905 971
907-908	IFO	4	Istituti Fisioterapici Ospedaliati	Roma	42 259 368
<b>Classe II</b>					<b>903 760 073</b>
109	3	1	Andosilla	Civitacastellana	14 938 678
109	4	1	Ospedale Civile	Montefiascone	14 782 137
109	7	1	Ospedale Civile	Tarquinia	15 243 310
101	27	1	San Giacomo	Roma	37 282 127
105	30	1	Regionale Oftalmico	Roma	6 784 561
108	40	1	Ercole De Santis	Genzano	17 700 610
107	46	1	Perodi Delfino	Collefero	27 629 021
108	48	1	San Giuseppe	Marino	23 151 613
107	51	1	Coniugi Bernardini	Palestrina	15 021 200
107	52	1	Angelucci	Subiaco	12 943 655
108	54	1	Ospedale Civile	Velletri	23 737 858
108	55	1	Luigi Spolverini	Ariccia	5 366 857
108	64	1	Antonio e Carlo Cantoni	Rocca Priora	10 514 001
106	70	5	Regina Apostolorum	Albano Laziale	33 246 101
105	73	5	San Carlo di Nancy	Roma	35 284 841
105	74	5	Cristo Re	Roma	30 987 716
108	82	7	Villa delle Querce	Nemi	1 324 951
101	84	7	Villa Tiberia	Roma	22 864 748
105	97	7	Villa Aurora	Roma	9 577 794
101	105	7	Marco Polo	Roma	3 637 202
105	115	7	Santa Famiglia	Roma	6 429 619
103	143	7	Concordia Hospital	Roma	4 932 058
103	157	7	Fabia Mater	Roma	6 368 240
105	159	7	Nuova Villa Claudia	Roma	4 083 776
105	163	7	San Feliciano	Roma	8 990 379
102	165	1	Policlinico Casilino	Roma	36 333 297
102	166	7	Nuova Ixor	Roma	18 175 654
108	196	7	Madonna della Lefizia	Velletri	5 291 472
111	206	1	Dono Svizzero	Fornia	29 537 196

ALLEG. alla DELIB. N. 733

All. 2 del - 7 MAR. 2000



M

Allegato 2. Remunerazioni complessive di riferimento (RCR) per soggetto erogatore. Anno 2000

Tabella A. Ricoveri per acuti - Regime Ordinario - Residenti nel Lazio					
AZ	COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	RCR 2000
111	208	1	Ospedale Civile	Gaeta	13 715 050
111	212	7	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	31 425 893
112	217	1	San Benedetto	Astori	23 817 693
112	218	1	Ospedale Civile	Anagni	12 992 260
112	225	1	Pasquale Del Prete	Pontecorvo	23 254 205
112	228	1	Santissima Trinita'	Sora	42 841 317
198	A08	1	Polo Osped. Anzio - Nettuno	Roma H	21 569 725
<b>Classe III</b>					<b>657 825 914</b>
109	2	1	Ospedale Civile	Acquapendente	7 767 124
109	6	1	Sant'Anna	Ronciiglione	8 508 099
109	12	7	Salus	Viterbo	3 351 108
109	14	7	Santa Teresa de. Bambin Gesù	Viterbo	4 291 356
110	20	1	Marzio Marini	Magliano Sabina	7 065 026
110	22	1	Francesco Griffoni	Amatrice	3 578 475
101	37	1	Nuova Regina Margherita	Roma	16 045 607
102	44	1	San Giuseppe	Albano Laziale	13 912 327
107	49	1	Santissimo Gonfalone	Monteprandone	10 447 279
107	57	1	San Giovanni Battista	Zagarolo	6 198 140
106	59	1	Ospedale Civile	Bracciano	15 907 703
107	62	1	Santissimo Salvatore	Palombara Sabina	11 902 387
107	63	1	Vittorio Emanuele I	Valmontone	5 769 817
104	75	5	Iraetifico	Roma	11 020 358
101	79	7	Villa Domizia	Roma	7 630 396
106	80	7	San Giorgio	Roma	2 675 174
101	83	7	Villa Valeria	Roma	6 322 180
103	89	7	Nuova Clinica Latina	Roma	4 908 095
103	96	7	Madonna delle Grazie	Velletri	10 332 671
103	99	7	Villa Gina	Roma	7 680 546
104	103	1	San Vincenzo	Roma	8 644 021
104	113	7	Villa Pia	Roma	9 346 304
103	116	7	San Luca	Roma	6 445 934
105	126	7	San Giuseppe	Roma	3 587 024
102	132	7	Guarnieri	Roma	12 292 562
108	134	7	S. Anna	Pomezia	13 667 658
106	140	7	Siligato	Civitavecchia	3 803 748
103	155	7	Chirurgia Addominale all'EUR (#)	Roma	non det.
105	162	7	Nostra Signora del Sacro Cuore	Roma	1 776 184
103	169	7	Annunziata	Roma	8 741 161
104	171	7	Citta' di Roma	Roma	19 721 403
108	176	7	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grotteferrata	9 555 579
111	201	1	Santa Maria Salute degli Infermi	Gori	3 534 476
111	202	1	Ospedale Civile	Sezze	12 469 781
111	203	1	Regina Elena	Priverno	10 254 500
111	204	1	A. Fiorini	Terracina	12 637 340
111	205	1	San Giovanni di Dio	Fondi	12 419 267
111	207	1	Ospedale Civile	Minturno	5 728 909
111	209	7	Casa del Sole	Fornia	11 021 829
111	211	7	Villa Azzurra	Terracina	4 402 903
111	213	7	San Marco	Latina	9 037 316
111	215	7	Citta' di Aprilia	Aprilia	18 122 979
112	221	1	Ospedale Civile	Ceccano	5 665 394
112	230	7	Sant'Anna	Cassino	4 221 635
112	234	7	Villa Gioia	Sora	5 074 434
112	235	7	Villa Serena	Cassino	2 955 003
112	236	7	Santa Teresa	Isola del Liri	6 092 583
<b>Classe IV</b>					<b>387 832 307</b>
<b>Totale generale</b>					<b>3 209 313 212</b>



*Handwritten signature*

Allegato 3. Tetti individuali di remunerazione per soggetto erogatore. Anno 2000

Tabella A. Ricoveri per acuti - Regime Ordinario - Residenti nel Lazio					
AZ	COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	TIR 2000
901	901	2	Azienda San Camillo	Roma	216 561 155.43
902	902	2	Azienda San Giovanni	Roma	131 238 216.38
903	903	2	Azienda San Filippo Neri	Roma	118 936 014.60
904	904	4	IRCCS Bambino Gesù (*)	Roma	78 186 476.04
905	905	3	Azienda Universitaria Pol. Gemelli	Roma	237 449 503.94
906	906	3	Azienda Universitaria Pol. Umberto I	Roma	229 241 570.39
903	A03	1	Polo Osped. S.Eugenio - CTO	Roma	122 292 489.41
110	19	1	San Camillo de Lellis	Rieti	53 854 660.29
106	45	1	San Paolo	Civitavecchia	28 449 653.72
108	47	1	San Sebastiano Martire	Frascati	22 972 634.21
107	53	1	San Giovanni Evangelista	Tivoli	38 211 642.53
104	61	1	Giovanni Battista Grassi	Roma	45 160 363.02
105	71	5	Villa San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	62 624 155.53
101	72	5	San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli	Roma	64 022 730.79
103	76	5	Madre Giuseppina Vannini - Figlie di San Camillo	Roma	37 508 824.71
104	173	3	European Hospital (Tor Vergata)	Roma	19 619 387.25
105	180	7	Aurelia Hospital	Roma	35 977 926.44
111	200	1	Santa Maria Goretti	Latina	60 307 816.10
112	216	1	Umberto I	Frosinone	61 008 086.44
112	228	1	Gemma de Bosis	Cassino	25 360 824.94
101	246	3	Calvary Hospital (Tor Vergata)	Roma	611 962.94
102	267	1	Sandro Pertini	Roma	53 962 070.93
109	271	1	Belcolle	Viterbo	46 071 793.28
911	911	4	IRCCS I.D.I.	Roma	42 971 506.25
912	912	4	IRCCS I.N.R.C.A.	Roma	8 128 856.03
915	915	3	Azienda Univ. Campus Biomedico	Roma	17 268 672.72
918	918	4	IRCCS Lazzaro Spallanzani	Roma	16 221 672.32
105	A05	1	Polo. Osp. Santo Spirito	Roma	35 015 373.57
907-908	IPO	4	Istituti Fisioterapici Ospedalieri	Roma	38 033 431.56
109	3	1	Andesilla	Civitacastellana	13 444 809.79
109	4	1	Ospedale Civile	Montefiascone	13 303 923.36
109	7	1	Ospedale Civile	Tarquinia	13 718 978.85
101	27	1	San Giacomo	Roma	33 553 914.25
105	30	1	Regionale Oftalmico	Roma	6 106 104.55
108	40	1	Ercole De Santis	Genzano	15 930 549.10
107	46	1	Parodi Delfino	Colleferno	24 866 118.64
108	48	1	San Giuseppe	Marino	20 836 451.63
107	51	1	Coniugi Bernardini	Palestrina	13 519 079.69
107	52	1	Angelucci	Subiaco	11 649 289.12
108	54	1	Ospedale Civile	Velletri	21 364 072.09
108	55	1	Luigi Spolverini	Ariccia	4 830 171.35
108	64	1	Antonio e Carlo Caroni	Rocca Priora	9 462 601.34
108	70	5	Regina Apostolorum	Albano Laziale	29 921 490.94
105	73	5	San Carlo di Nancy	Roma	31 756 356.94
105	74	5	Cristo Re	Roma	27 888 944.32
108	82	7	Vila delle Querce	Nemi	1 192 455.66
101	84	7	Villa Tiberia	Roma	20 578 272.78
105	97	7	Villa Aurora	Roma	8 620 014.23
101	105	7	Marco Polo	Roma	3 273 481.85
105	115	7	Santa Famiglia	Roma	5 785 757.49
103	143	7	Concordia Hospital	Roma	4 438 852.08
103	157	7	Fabia Maior	Roma	5 731 415.81
105	159	7	Nuova Villa Claudia	Roma	3 675 400.63
105	163	7	San Feliciano	Roma	8 091 341.23
102	165	1	Pollclinico Castino	Roma	32 699 966.94
102	166	7	Nuova Ilor	Roma	16 358 088.73
108	196	7	Madonna della Letizia	Velletri	4 762 325.03
111	206	1	Dono Svizzero	Formia	26 637 475.22
111	208	1	Ospedale Civile	Gaeta	12 343 545.30
111	212	7	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	28 283 303.37



ALLEG. alla DELIB. N. 433

*Handwritten signatures and initials.*

Allegato 3. Tetti individuali di remunerazione per soggetto erogatore. Anno 2000

Tabella A. Ricoveri per acuti - Regime Ordinario - Residenti nel Lazio					
AZ	COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	TIR 2000
112	217	1	San Benedetto	Alatri	21 435 923,60
112	218	1	Ospedale Civile	Anagni	17 084 052,04
112	225	1	Pasquale Del Prete	Pontecorvo	20 928 856,39
112	226	1	Santissima Trinita'	Sora	38 557 185,33
108	A08	1	Polo Osped. Arizio - Nettuno	Roma H	19 412 752,85
109	2	1	Ospedale Civile	Acquapendente	8 890 413,53
109	5	1	Sant'Anna	Ronchiglione	7 657 289,31
109	12	7	Salus	Viterbo	3 024 997,36
109	14	7	Santa Teresa del Bambin Gesù	Viterbo	3 853 220,33
110	20	1	Marzio Marini	Magliano Sabina	6 358 523,31
110	22	1	Francesco Grifoni	Aratrice	3 220 627,13
101	37	1	Nuovo Regina Margherita	Roma	14 441 948,20
108	44	1	San Giuseppe	Albano Laziale	12 521 094,07
107	49	1	Santissimo Geronimo	Monteotondo	9 402 550,94
107	57	1	San Giovanni Battista	Zagarolo	5 578 326,41
106	59	1	Ospedale Civile	Bracciano	14 316 933,08
107	62	1	Santissimo Salvatore	Palombara Sabina	10 712 149,73
107	63	1	Vittorio Emanuele I	Valmontone	5 183 836,11
104	75	5	Israelitico	Roma	9 918 322,41
101	79	7	Villa Domelia	Roma	6 867 356,27
105	80	7	San Giorgio	Roma	2 407 856,86
101	83	7	Villa Valeria	Roma	5 689 952,01
103	89	7	Nuova Clinica Latina	Roma	4 417 285,08
108	96	7	Madonna delle Grazie	Valletri	9 479 403,56
103	99	7	Villa Gina	Roma	6 912 481,43
104	103	1	San Vincenzo	Roma	7 779 619,16
104	113	7	Villa Pia	Roma	8 411 673,33
109	116	7	San Luca	Roma	5 801 340,41
105	126	7	San Giuseppe	Roma	3 226 321,82
102	132	7	Carabinieri	Roma	11 083 323,46
108	134	7	S. Anna	Pomezia	12 291 892,43
106	140	7	Silgato	Civitavecchia	3 423 373,11
103	153	7	Chirurgia Addominale all'EUR (#)	Roma	non det.
105	162	7	Nostra Signora del Sacro Cuore	Roma	1 598 566,61
103	189	7	Annunziata	Roma	7 867 044,77
104	171	7	Citta' di Roma	Roma	17 749 263,01
108	176	7	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata	6 600 020,90
111	201	1	Santa Maria Salute degli Infermi	Cori	3 161 028,17
111	202	1	Ospedale Civile	Sezze	11 240 802,55
111	203	1	Regina Elena	Priverno	9 229 049,69
111	204	1	A. Fiorini	Terracina	11 553 606,39
111	205	1	San Giovanni di Dio	Fondi	11 177 340,02
111	207	1	Ospedale Civile	Minturno	6 154 210,36
111	209	7	Casa del Sole	Formia	10 729 196,09
111	211	7	Ville Azzurre	Terracina	3 982 612,68
111	213	7	San Marco	Latina	8 133 504,01
111	215	7	Citta' di Aprilia	Aprilia	16 310 681,40
112	221	1	Ospedale Civile	Ceccano	6 098 854,41
112	230	7	Sant'Anna	Cassino	3 799 471,74
112	234	7	Villa Gioia	Sora	4 566 990,66
112	235	7	Villa Serena	Casino	2 859 502,68
112	236	7	Santa Teresa	Isola del Liri	5 483 324,48



M

Tabella B. Riabilitazione e lungodegenza medica

AZ	COD	TIPO	ISTITUTO	COMUNE	TIR 2000		
					RAI	RS e RPO	LD
101	78	7	Villa Domelia	Roma	-	552.610	2.026.654
101	87	7	Policlinico Italia	Roma	-	17.960.874	-
101	145	7	Via Patrizia	Roma	-	11.884.392	-
102	104	7	Via Fulvia	Roma	-	28.295.605	-
103	58	1	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	-	5.159.516	-
103	130	7	Mater Misericordiae	Roma	-	6.052.586	-
104	86	1	Centro Riabilitazione Paraplegici	Roma	-	4.067.249	-
104	113	7	Villa Pia	Roma	-	749.473	5.562.235
104	130	7	Villa Sandra	Roma	-	36.053.077	-
104	138	5	San Giovanni Battista	Roma	5.256.000	32.330.953	-
104	188	7	Giovanni Paolo	Roma	-	14.504.610	-
104	191	7	Morny House - Centro Geriatrico Romano	Roma (Adia)	-	1.394.016	6.607.157
104	262	7	Via Maria Immacolata	Roma	-	958.325	4.646.660
104	270	7	San Raffaele	Roma	-	40.604.977	3.197.011
105	126	7	San Giuseppe	Roma	5.256.000	-	-
105	146	7	Santa Rita da Cascia	Roma	-	6.209.412	-
105	152	7	Ns. Signora del Sacro Cuore	Roma	-	829.367	4.262.652
105	183	7	San Feliciano	Roma	-	430.620	2.557.639
105	179	7	Angelle dei Buon Pastore	Roma	-	12.090.659	7.459.693
105	180	7	Aurelia Hospital	Roma	-	11.562.576	-
105	183	7	Santa Lucia	Roma	-	506.641	2.415.520
105	264	7	Via Verde	Roma	-	696.387	4.262.662
105	328	7	Don Gracchi	Roma	-	4.224.445	-
105	A05	1	Polo. Osp. Santo Spirito	Roma	-	2.873.719	-
105	197	7	Clonadio Santo Volto	Santa Marinella	-	1.049.262	4.873.126
107	88	7	Medicus Hotel Monteripoli	Tivoli	-	14.147.925	-
107	186	7	Centro Geriatrico Neomariano	Mentana	-	20.527.782	12.432.872
107	196	7	Villa Lenta	Guidonia Montecelio	-	7.643.042	-
108	36	1	Villa Albani	Anzio	-	6.747.458	-
108	55	1	Luigi Spolverini	Anzio	-	15.784.511	-
108	82	7	Villa della Querce	Nemi	-	26.185.351	15.416.699
108	122	7	Madonna del Tufo	Rocca di Papa	-	1.423.698	6.743.246
108	131	7	Villa del Pin.	Anzio	-	1.049.262	4.975.129
108	149	7	Villa Nina	Marino (Fratocchie)	-	869.307	4.262.682
108	176	7	Istituto Neurotraumatologico Italiano	Giulianova	-	14.009.057	-
108	198	7	Madonna della Lettera	Velletri	-	38.663.805	4.262.682
109	2	1	Ospedale Civile	Acquapendente	-	89.937	426.266
109	4	1	Ospedale Civile	Montefiascone	-	89.937	426.266
109	6	1	Sant'Anna	Rondiglione	-	59.937	426.268
109	13	7	Centro Riabilitazione e Assistenza Nepi	Nepi	-	599.678	2.841.788
109	15	7	Via Immacolata	Viterbo	-	21.528.271	2.770.743
109	A09	1	IASL VT (c/c Salus e S. Teresa)	Viterbo	-	589.620	2.357.609
111	212	7	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	-	11.587.600	-
111	214	7	Istituto Fisioterapico Clara Franceschini	Sabaudia	-	18.901.774	-
112	219	1	Santa Croce	Ardea	-	899.367	4.262.682
112	220	1	Deila Croce	Atina	-	564.610	2.628.691
112	226	1	In Memoria dei Caduti	Iscia del L.	-	404.715	1.818.267
112	277	7	Center Hospital	Cassino	-	26.459.755	7.104.470
901	901	2	San Camille - Foranini	Roma	-	9.429.245	-
902	902	2	San Giovanni	Roma	-	11.041.450	-
903	903	2	San Filippo Neri	Roma	-	5.680.361	-
904	904	4	Barricade Gesù	Roma	-	5.234.850	-
905	905	3	Policlinico A. Gemelli	Roma	-	3.148.861	-
906	906	4	Santa Lucia	Roma	-	40.717.698	-
916	916	3	Tor Vergate (c/c S. Lucia)	Roma	-	8.363.244	-

H





**Deliberazione di Giunta Regionale:  
Sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per l'anno 2000**

**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) "Sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per l'anno 2000" 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 prendere atto della attribuzione alla struttura di RCR relative a:
  - Assistenza per acuti
  - Riabilitazione ad assistenza intensiva RAI
  - Riabilitazione postacuzie (RS, RPO)
  - Lungodegenza medica
- Di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per:
  - Assistenza per acuti
  - Riabilitazione ad assistenza intensiva RAI
  - Riabilitazione postacuzie (RS, RPO)
  - Lungodegenza medica
- Di convenire che il riconoscimento della RCR equivale al riconoscimento di accreditamento provvisorio per la rispettiva tipologia assistenziale, fatti salvi gli eventuali accertamenti della ASL di ubicazione sull'effettivo possesso dei requisiti.
- Di avere preso conoscenza delle garanzie e delle limitazioni previste dal sistema di remunerazione
- Di accettare integralmente il sistema di remunerazione a tariffe scalari, in particolare consapevole che tutte le prestazioni a carico del SSR erogate dalla struttura saranno remunerate in modo comprensivo dal sistema di remunerazione a tariffe scalari e che la struttura non potrà erogare prestazioni accreditate a pazienti coperti dal SSR con oneri per l'assistenza a carico dei singoli pazienti..

Generalità, titolo, firma

R

H

