

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

- n. 2403 del 29/11/2004: **Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2004-2006 tra la Regione Emilia-Romagna e le Associazioni della Ospedalità privata AIOP e ARIS in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata**
- n. 2404 del 29/11/2004: **Recepimento dell'Accordo contratto integrativo tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati (fascia A) per la fornitura di prestazione di alta specialità anni 2004-2005-2006**
- n. 2642 del 20/12/2004: **Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2004**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 novembre 2004, n. 2403

Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2004-2006 tra la Regione Emilia-Romagna e le Associazioni della Ospedalità privata AIOP e ARIS in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il comma 8, art. 32 della Legge 449/97 e l'art. 72, comma 3 della Legge 448/98, secondo cui le Regioni individuano 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 e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione;
- l'art. 8 bis, comma 1 del DLgs 502/92 e successive modificazioni, secondo il quale le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 del richiamato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Unità sanitarie locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- la DGR 426/00 con la quale questa Regione definisce i contenuti contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 così come modificato con DLgs 229/99;
 - richiamate inoltre:
 - le proprie deliberazioni n. 2054 del 9 ottobre 2001 e n. 1482 del 28 luglio 2003 con le quali si approvavano gli Accordi tra la Regione Emilia-Romagna e AIOP e ARIS Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata per il triennio 2001-2003;
 - considerato che:
 - gli accordi sopra richiamati avevano validità fino al 31/12/2003 sia per quanto concerne i contenuti di carattere normativo, che per i contenuti economici;
 - che i contenuti dei precedenti Accordi sono stati sostanzialmente rispettati e che la produzione di prestazioni, per quantità e tipologia, riflette sostanzialmente gli indirizzi dati;
 - l'assetto negoziale regionale/generale ha consentito una sostanziale certezza della spesa per il settore ed ha aperto la strada alla stipula di contratti di fornitura aziendali che hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato;
 - il quadro contrattuale è il mezzo attraverso il quale si è concretizzato il sistema di accreditamento provvisorio, in attesa del completamento del processo di accreditamento istituzionale, così come attualmente disciplinato dall'art. 8-quater del DLgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni e secondo il percorso previsto dalla DGR 327/04, valutato in modo positivo l'impianto complessivo dell'Accordo che conferma le innovazioni introdotte con l'Accordo del triennio precedente (DGR 2054/01);
 - considerata la necessità di addivenire comunque alla revisione di alcuni punti specifici della parte normativa ed al rinnovo della parte economica;
 - dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso

dal Direttore generale alla Sanità e Politiche sociali, dott. Franco Rossi, ai sensi dell'art. 37, quarto comma della L.R. 43/01 e della deliberazione della Giunta regionale 447/03;

su proposta dell'Assessore alla Sanità;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la proposta di accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e AIOP e ARIS Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera per il triennio 2004-2006, che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

2) di autorizzare l'Assessore regionale alla Sanità alla sottoscrizione dell'accordo di cui trattasi.

Accordo generale tra Regione Emilia-Romagna e AIOP e ARIS Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata in via diretta ex art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e succ. mod. e int. - Triennio 2004-2006

Piano dell'accordo:

Considerazioni introduttive

Premesse

PARTE I (Parte comune ai settori di alta specialità, non alta specialità e neuropsichiatria)

- A.1.) Gruppi di produttori interessati al presente accordo
- A.2.) Sistema regionale degli accordi contrattuali
- A.3.) Fatturazione e pagamenti
- A.4.) Controlli
- A.5.) Commissione Paritetica
- A.6.) Incompatibilità
- A.7.) Accreditamento
- A.8.) Accordi speciali
- A.9.) Governo della mobilità
- A.10.) Day hospital
- A.11.) Percorsi ambulatoriali
- A.12.) Accesso alle strutture private accreditate
- A.13.) Provvedimenti regionali
- A.14.) Scelta del medico e/o dell'equipe a regime libero-professionale

PARTE II (Parte specifica non alta specialità)

- B.1.) Accreditamento delle strutture ospedaliere private
- B.2.) Tariffa applicabile e classificazione delle strutture di non alta specialità
- B.3.) Budget
- B.4.) La contrattazione locale
- B.5.) Riqualficazione delle attività
- B.6.) Articolazione e funzionamento dei meccanismi di budget e di penalizzazione
- B.7.) Revisione dei tetti regionali complessivi a fronte del raggiungimento di particolari obiettivi di produzione di interesse regionale

PARTE III (Parte specifica salute mentale)

- C.1.) Premessa
- C.2.) Istituzione della Commissione tecnica Psichiatrica
- C.3.) Tipologie di ricovero
- C.4.) Modalità d'accesso
- C.5.) Controlli e proroghe
- C.6.) Tetto di spesa e penalizzazioni
- C.7.) Tariffe
- C.8.) Riferimenti

Allegati:

1. Fac simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo regionale

2. Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7.) dell'accordo generale

La Regione Emilia-Romagna e l'AIOP e l'ARIS Emilia Romagna, in rappresentanza delle strutture ospedaliere private associate della Regione, di seguito individuate anche solo come "le parti", nell'intento di proseguire e sviluppare ulteriormente il quadro negoziale avviato per la prima volta nel 1996, concordano sull'opportunità di dar corso ad una nuova intesa nel quadro normativo attuale rapportata all'evoluzione in corso del sistema sanitario regionale.

Considerazioni introduttive

Le parti prendono atto che i contenuti del precedente Accordo generale (2001-2003) sono stati sostanzialmente rispettati e che la produzione di prestazioni, per quantità e tipologia, riflette sostanzialmente gli indirizzi dati dall'accordo generale e dall'accordo integrativo di cui alla DGR n. 1482 del 28/7/2003, anche in relazione all'esito della attività di monitoraggio esercitata dalla Commissione Paritetica regionale, i cui lavori sono stati verbalizzati di volta in volta e sono custoditi agli atti delle singole parti.

L'AIOP e l'ARIS, concordemente alla Regione, rendono atto che il quadro contrattuale attraverso il quale si è concretizzato il sistema di accreditamento provvisorio ha salvaguardato con efficacia il principio di programmazione e costruzione di un sistema misto pubblico-privato nell'organizzazione ed erogazione dei servizi ospedalieri, delineando un modello efficace di competizione regolata e concretizzando il principio della libera scelta del cittadino, in un quadro di realizzata compatibilità finanziaria.

In attesa del completamento del processo di accreditamento istituzionale, così come attualmente disciplinato dall'art. 8-quater del DLgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni, secondo il percorso previsto dalla DGR 327/04, le parti concordano di prorogare l'attuale regolamentazione provvisoria.

Le parti concordano nel ritenere la presente intesa, con riferimento anche alle disposizioni di cui al comma 8, art. 32 della Legge 449/97 (1) e della Legge 448/98, lo strumento che esplicita la dichiarazione di funzionalità alle scelte della programmazione regionale delle strutture ospedaliere private accreditate, sia di alta che di non alta specialità, salvo quanto diversamente stabilito dall'atto di indirizzo di cui all'art. 8-quater, comma 3, lettera b del DLgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Premesse

L'assetto negoziale regionale/generale ha consentito una sostanziale certezza del budget di riferimento per il settore ed ha aperto la strada alla stipula di contratti di fornitura aziendali che in molti casi hanno definito tipologie e volumi di attività relativi all'intera gamma di offerta (ricoveri ordinari, day hospital, LPR, attività specialistica ambulatoriale) in un quadro di integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato.

I periodi di validità degli accordi precedenti hanno coinciso con l'attuazione della rimodulazione della rete ospedaliera regionale e con l'avvio di processi di revisione dei percorsi e dell'appropriatezza delle prestazioni. Uno scenario d'insieme che necessariamente si riflette sui contenuti degli accordi che ne sono anche strumento di attuazione degli obiettivi nei periodi dati.

In questa Regione sono stati quindi sostanzialmente raggiunti obiettivi strategici del sistema pubblico sviluppando e integrando nel contempo l'offerta privata.

Tutto ciò considerato e premesso, si conviene:

di regolamentare i rapporti ex art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e succ. mod. e int. intercorrenti tra le parti in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata sulla base delle intese negoziali di cui al presente accordo, i cui con-

tenuti sono da ritenersi esaustivi rispetto alla precedente disciplina pattizia.

Le statuizioni del presente accordo generale disciplinano i rapporti di fornitura delle prestazioni ospedaliere di alta specialità, di non alta specialità e di neuropsichiatria, salva diversa specifica indicazione contenuta nell'accordo stesso.

La validità del presente accordo è stabilita in anni 3 a decorrere dall'1/1/2004 per quanto attiene ai contenuti di carattere normativo, fatta salva la necessità di procedere a modifiche concordate. Le previsioni di ordine economico hanno validità biennale, fatta salva l'opportunità di una verifica congiunta al termine della prima annualità, e potranno comunque essere riviste annualmente, in considerazione del quadro complessivo regionale economico e tariffario, con appositi accordi integrativi.

PARTE I

PARTE COMUNE AI SETTORI DI ALTA SPECIALITÀ, NON ALTA SPECIALITÀ E NEUROPSICHIATRIA

A.1.) Gruppi di produttori interessati al presente accordo

Il presente accordo individua 3 gruppi di strutture eroganti (produttori) ai quali vengono correlati i relativi budget in base alle funzioni svolte.

- a) Ospedali privati di non alta specialità
Questo gruppo di produttori eroga prestazioni che fanno riferimento a 2 tipologie di budget: 1) prestazioni intra-AUSL, vale a dire rivolte a cittadini residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura; 2) prestazioni extra-AUSL, vale a dire erogate a cittadini non residenti nella AUSL di competenza territoriale della struttura. Nella parte specifica del presente accordo vengono definiti i relativi budget.
- b.) Strutture private che erogano prestazioni di carattere neuropsichiatrico
Questo gruppo di produttori ha un budget complessivo, per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico, che comprende sia i cittadini residenti che non residenti nella AUSL di competenza territoriale.
- c.) Ospedali privati di alta specialità
Questo gruppo di produttori individua gli ospedali privati di alta specialità per l'attività svolta in accreditamento. Per questo gruppo il presente accordo regionale, nonché quello specificatamente siglato per l'attività individuata sono esaustivi dei rapporti che tale tipologia di fornitori ha con il SSN in termini di budget, di meccanismi di controllo e di tipologie di prestazioni commissionate.

L'ospedale privato "Villa Salus" (RN), che rientra nel presente accordo seguendo esclusivamente le regole e le modalità comportamentali e tariffarie ospedaliere per quanto concerne le prestazioni oggetto della presente intesa, mantiene, per un n. di PL. 25 le caratteristiche di struttura ex art. 26. Per le prestazioni di riabilitazione erogate in regime ex art. 26, Legge 833/78, in quanto riferite a soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche, con caratteristiche di residenzialità si applica la tariffa giornaliera di 145 Euro. Per la attività che rientra nel presente accordo, ivi comprese le eventuali prestazioni per soggetti in regime ex art. 26, la struttura deve procedere, oltre a quanto previsto per tutte le strutture per quanto concerne l'accreditamento, anche alla verifica della situazione autorizzatoria come struttura ospedaliera che eroga prestazioni di lungodegenza e riabilitazione estensiva (cod. 60).

A.2.) Sistema regionale degli accordi contrattuali

Il sistema degli accordi contrattuali regionali con i produttori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale, prefigurato dall'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 così come successivamente integrato e modificato, è definito nella Regione Emilia-Romagna dalla deliberazione della Giunta regionale 426/00, la quale prevede che il contenuto contrattuale

debba determinare in maniera analitica i seguenti elementi strategici:

1. gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
2. il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda Unità sanitaria locale si impegnano ad assicurare distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
3. i requisiti del servizio da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
4. il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente rese;
5. il debito informativo delle strutture per il monitoraggio degli accordi contrattuali e le procedure per il controllo esterno;
6. l'eventuale introduzione di un sistema di premio e penalizzazione tariffaria e budgetaria, anche ulteriore rispetto ai budget di cui alla presente intesa, relativo ai risultati conseguiti relativamente ad efficienza, efficacia, appropriatezza, coerenza con gli obiettivi strategici di riduzione del tasso di ospedalizzazione distribuito e diversificato per ambiti territoriali, rispetto dei budget, aderenza alla casistica concordata;
7. l'introduzione di indicatori adeguati per rendere oggettiva la misura del livello di raggiungimento degli obiettivi.

Gli accordi locali dovranno essere comunque stipulati in aderenza ai principi ed alla disciplina che promana dal presente accordo regionale. Nel caso sorgessero dubbi e posizioni contrastanti in merito all'interpretazione delle intese locali, la Regione fornirà alle parti, sulla base dell'istruttoria svolta in sede di Commissione Paritetica, gli opportuni orientamenti (conformemente a quanto stabilito nella DGR 426/00) ispirati e fondati sulla disciplina dell'Accordo regionale.

Sono da prevedersi, così come prefigurato nella DGR 1482/03, anche eventuali accordi di area vasta quali strumenti che meglio possono rispondere ai contenuti contrattuali dei punti sopra specificati.

Per tutto quanto riguarda la contrattualistica locale e/o di area vasta, si rimanda alla parte specifica del presente accordo.

A.3.) Fatturazione e pagamenti

A.3.1) Fatturazione

Le prestazioni effettuate nei confronti dei cittadini residenti nella regione sono fatturate alle AUSL di provenienza del paziente, in base al dato anagrafico risultante dalla prescrizione medica al ricovero e dalla documentazione sanitaria (tesserino sanitario); copia conforme della relativa fattura dovrà essere inviata anche alla AUSL di competenza territoriale della casa di cura.

Nel caso sorgessero problematiche conseguenti alla errata determinazione della residenza del paziente fa fede la fotocopia della carta di identità o l'eventuale autocertificazione prodotta dal cittadino comprovante l'esatto domicilio ai fini dell'individuazione dell'AUSL presso la quale lo stesso è assistito. Ove tale indicazione risultasse comunque errata per cause non ascrivibili alla struttura di ricovero sarà cura dell'AUSL destinataria della fattura prendere in carico la posizione, effettuare le opportune ricerche per appurare l'effettiva residenza. Qualora la verifica porti ad una modifica della residenza, l'Azienda ne dà comunicazione all'Ospedale privato il quale emette nota di accredito ed emette fattura all'Azienda di residenza ed apporta le variazioni in banca dati.

Le prestazioni erogate a cittadini provenienti da fuori-regione verranno fatturate all'AUSL di competenza territoriale della Casa di cura, con l'indicazione del codice fiscale del soggetto ricoverato e della Regione o Stato estero di provenienza, in conformità alle vigenti convenzioni internazionali.

Le prestazioni a cittadini non residenti e non iscritti al SSN,

né coperti dalle disposizioni internazionali in materia di reciprocità, verranno comunque erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e non saranno comunque conteggiate nel budget.

Il volume di fatturato relativo ai residenti fuori regione non viene conteggiato nel budget, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, fatti salvi i controlli previsti da parte dell'AUSL di competenza territoriale.

La Regione si riserva il recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza dei cittadini, informando le strutture private interessate sui casi e garantendo il coinvolgimento delle stesse nelle procedure di definizione delle contestazioni.

A.3.2) Pagamenti

Le prestazioni a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura privata e a cittadini residenti fuori regione o stranieri, fatturate in modo separato, verranno pagate dalla stessa AUSL entro 90 giorni dal ricevimento della relativa fattura.

Le prestazioni a cittadini residenti in altre AUSL della Regione, fatturate separatamente alle stesse AUSL di provenienza, e inviate in copia conforme anche alla AUSL di competenza territoriale della casa di cura, saranno pagate dalla AUSL di provenienza del cittadino nello stesso termine sopra stabilito.

Alla scadenza dei 90 giorni dalla data di emissione ed in coincidenza con la successiva erogazione periodica del finanziamento alle Aziende USL, la Regione si impegna a verificare con l'AUSL di competenza territoriale gli eventuali mancati pagamenti.

A.3.3) Factoring

È in facoltà delle strutture sanitarie interessate, che comunque intrattengono rapporti con le Aziende USL o Ospedaliere (accreditamento, convenzioni, appalti per fornitura di servizi, contratti sperimentali, prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, ecc.) attivare nei confronti delle Aziende le normali formule di finanziamento e anticipo commerciale (factoring, cessione di credito, delega all'incasso, cessione in monte dei crediti futuri ecc.) per fatture relative a cittadini sia della regione Emilia-Romagna che fuori regione e per fronteggiare gli eventuali ritardi nel pagamento delle partite scadute o da scadere.

In caso di ritardo nel pagamento superiore ai 30 giorni rispetto alla scadenza dei 90 giorni previsti, si stabilisce che le strutture interessate potranno attivare l'istituto del factoring "pro-soluto" (factoring senza rivalsa, anche secondo la tipologia della cessione in monte dei crediti futuri), mediante il quale il credito verso l'AUSL viene irrevocabilmente ceduto ad un istituto finanziario in modo definitivo e con garanzia del pagamento a carico del debitore; le commissioni dovute all'istituto e gli interessi decorrenti dalla scadenza del termine di pagamento sono a carico del debitore e dovranno essere pagate al factor a maggiorazione del credito o separatamente, secondo le modalità contrattualmente stabilite.

L'istituto finanziario potrà essere prescelto dal debitore ed il nominativo dovrà essere comunicato almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento; in tal caso le condizioni contrattuali del rapporto di cessione del credito dovranno salvaguardare il principio della totale assenza di oneri finanziari e per commissioni a carico del cedente e rispettare le modalità concordate al presente paragrafo.

In mancanza della indicata designazione da parte del debitore, nonché in caso di sua inerzia, la casa di cura potrà scegliere un istituto di suo gradimento e le condizioni contrattuali praticate dovranno ritenersi accettate dalla controparte, impegnandosi al contempo il creditore a ricercare un assetto degli oneri addossabili al debitore vantaggioso e sostenibile, comunque non lontano dalla media dei prezzi di mercato per cessioni di credito "pro-soluto" verso la P.A.

Quanto concordato al presente paragrafo costituisce variazione, per quanto di ragione e rispetto alle parti firmatarie del presente Accordo, dell'intesa regionale stipulata nel 1992 ai sensi della L.R. n. 38 del 5/5/1990 e recepita con DGR n. 6189 del 15/12/1992.

A.4.) Controlli

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli ispettivi sulle prestazioni erogate, l'esito degli stessi derivante dalla definizione della controversia formalizzata con le consuete modalità in sede locale (acquiescenza, transazione o devoluzione al collegio arbitrale) dovrà essere regolarizzato contabilmente con l'apposita nota di accredito (una per ognuna delle tre casistiche sopra descritte), inviata all'AUSL competente per effettuare i necessari conguagli.

A.4.1) Controlli per prestazioni di non alta specialità

I controlli per prestazioni di non alta specialità dovranno essere effettuati con periodicità almeno trimestrale, onde permettere alle strutture una operatività contabile garantita da sufficienti margini di certezza.

Mentre per le prestazioni intra-AUSL i controlli sono svolti dalla Azienda di competenza territoriale, per le prestazioni extra-AUSL potranno essere svolti sia da questa che dalla Azienda USL destinataria della fattura, previo accordo tra le medesime, onde evitare un raddoppio delle attività e l'utilizzo di criteri ed indirizzi interpretativi differenti.

Si ritiene opportuno altresì che l'attività di controllo sia concentrata in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata ed alla presenza di un contraddittorio medico idoneo.

Deve essere garantito il rispetto della normativa sulla privacy.

Sono applicati i criteri e le modalità stabilite dall'allegato 8 alla DGR 1505/01 e successive modificazioni, secondo il principio dell'equità e della parità tra strutture pubbliche e private.

A.4.2) Controlli per prestazioni di alta specialità

I controlli per prestazioni di alta specialità di cardiocirurgia e di cardiologia interventiva rientrano nell'attività di audit clinico svolta dall'Agenzia sanitaria regionale. Saranno svolti secondo le modalità procedurali previste dall'istituto dell'accredimento volontario e secondo i criteri, ove compatibili, di cui al punto precedente. Le conseguenze economiche che promanano dall'esito dei controlli verranno regolarizzate nei confronti dell'AUSL di assistenza del paziente se residente in regione o dell'AUSL di competenza territoriale della struttura, se residente extra regione. Per le restanti attività rientranti nell'accordo di alta specialità valgono le regole di cui al punto A.4.1). L'esito dei controlli deve essere inoltrato alle strutture ospedaliere controllate e validato dalla Regione in quanto committente. Per tutte le attività di controllo riguardanti l'accordo di alta specialità, di cui resta titolare la Regione nella sua qualità di committente, l'Agenzia può delegare alle Aziende di competenza territoriale delle strutture che operano su mandato specifico.

A.4.3) Tempistica dei controlli

Coerentemente a quanto stabilito nelle indicazioni regionali circa i tempi di esecuzione dei controlli e di componimento delle contestazioni in relazione alla mobilità ospedaliera tra Aziende sanitarie della regione, i servizi preposti delle singole AUSL dovranno inderogabilmente portare a compimento i controlli sui ricoveri effettuati dagli ospedali privati entro 45 giorni dalla validazione delle relative SDO operata dalla Regione, così come le relative controdeduzioni dovranno essere prodotte entro i successivi 60 giorni.

A.4.4) Clausola arbitrale

Il sistema di controllo organizzato dalle AUSL con il coordinamento della Regione e dell'Agenzia e finalizzato a preveni-

re e segnalare gli eventuali effetti distorsivi dell'applicazione del nuovo sistema tariffario deve essere orientato, in primo luogo, a fornire un servizio di collaborazione e supporto alle strutture, al fine di garantire, al contempo, la prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli operatori e la salvaguardia dei livelli di qualità assistenziale.

Qualora l'attività di controllo dovesse rilevare contestazioni agli operatori delle strutture interessate, con conseguenze sull'attività in accreditamento derivanti da una diversa valorizzazione dei casi trattati o incidenti, in termini di appropriatezza dei ricoveri e di congruità delle risorse sulla corretta osservanza delle regole di scambio, o, comunque, suscettibili di concretizzare un danno economico per l'una o l'altra parte, la controversia eventualmente insorta verrà devoluta su iniziativa di anche una sola delle parti, ad una commissione arbitrale insediata a livello di ogni Azienda USL composto da 5 membri, nominati, i primi quattro, due per ciascuno, dalle parti (Casa di cura e AUSL), ed il quinto dai primi quattro all'unanimità; la nomina del V membro, in caso di disaccordo dei primi quattro, è effettuata dall'Assessore regionale alla Sanità all'interno di una rosa di tre nominativi proposti dalla Commissione Paritetica e prescelti tra esperti non contigui per motivi professionali o di servizio alle parti in causa.

L'insediamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla decisione di voler attivare la commissione arbitrale, con proroga di 10 giorni per la nomina del quinto arbitro, e dovrà emettere la propria decisione entro due mesi dall'insediamento. Gli arbitri decideranno quali amichevoli compositori ispirandosi alle norme ed alle direttive regionali e nazionali in materia di accreditamento, di tariffe a DRG e di controlli e, ove non possibile, secondo equità; alla loro decisione le parti dovranno attenersi in modo vincolante.

Tale clausola è operativa anche in ordine a contestazioni già insorte o comunque relative a ricoveri precedenti. La Commissione opererà in coerenza con quanto stabilito dal livello regionale e nazionale in materia di controlli sulle attività di ricovero e compilazione della scheda nosologica e secondo criteri di parità e di equità tra pubblico e privato accreditato.

A.5.) Commissione Paritetica

Come già previsto dagli accordi generali sottoscritti per gli anni 1996-2000, è istituita una Commissione Paritetica AIOP-ARIS/Regione alla quale è attribuito il compito di monitorare l'andamento finanziario e progressivo del presente accordo, nonché le sue modalità applicative, e di formulare eventuali proposte di modifica e completamento dell'accordo stesso da sottoporre al vaglio delle parti firmatarie e da recepirsi nei successivi accordi.

La Commissione è composta da n. 4 membri, 2 designati congiuntamente dalle Associazioni private firmatarie del presente accordo e 2 nominati dal Direttore generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, di cui 1 è individuato nel Responsabile del Servizio Presidi ospedalieri, il quale ha anche compito di coordinare la Commissione. Delle riunioni viene redatto verbale sottoscritto dai componenti e custodito agli atti dell'Assessorato regionale alla Sanità.

L'AIOP si impegna a fornire trimestralmente alla Commissione Paritetica ed alla Regione i dati relativi al fatturato delle strutture aderenti dettagliati secondo quanto concordato. La Commissione Paritetica, sulla base delle verifiche e del confronto con i dati risultanti dal sistema informativo regionale, approva i rendiconti infrannuali e i consuntivi annuali. A seguito dell'approvazione la Regione trasmette i dati alle Aziende sanitarie.

A.6.) Incompatibilità

Si ribadisce l'incompatibilità assoluta del personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale, nonché del restante personale, compreso quello universitario integrato, che comunque intrattiene rapporti con il Servizio sanitario nazionale, a prestare la propria attività nei confronti delle strutture accreditate.

È vietato pertanto per dette strutture avere nel proprio organico, o in qualità di consulente, personale medico e non in posizione di incompatibilità. Il principio dell'incompatibilità deve intendersi riferito all'attività professionale sanitaria a qualsiasi titolo espletata da personale medesimo presso la struttura accreditata, ivi compresa l'attività libero-professionale nei confronti di pazienti paganti in proprio.

Sono fatti salvi eventuali specifici accordi intervenuti in merito tra gli Enti pubblici preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie (Aziende sanitarie e Università, quest'ultima per la specifica funzione didattica e comunque nel rispetto del Protocollo d'intesa Regione-Università) e le strutture private accreditate interessate, per attività svolte nell'ambito di programmi aziendali, con particolare riferimento agli aspetti di continuità assistenziale, nel rispetto della normativa vigente. È responsabilità della parte pubblica acquisire, per attivare programmi che prevedono il coinvolgimento di strutture e personale pubblico e privato in modo stabile e organizzato, il parere preventivo della Direzione generale Sanità e Politiche sociali.

Al riguardo la parte privata conferma l'impegno dei singoli Ospedali privati a corrispondere alla Regione Emilia-Romagna una somma pari a 10 volte il valore tariffario delle singole prestazioni effettuate per ciascuna violazione che, a seguito di accertamenti, dovessero essere rilevate in materia di incompatibilità per il personale medico, significando che in tutti i casi in cui si dovesse fare applicazione delle penalità sopra previste, è fatta salva la facoltà della Regione di esigere l'eventuale maggior danno, ai sensi dell'art. 1382 Codice civile (2), da liquidarsi di comune accordo, o, in difetto dal giudice civile, salva l'assunzione da parte della Regione di ogni altra iniziativa o provvedimento conforme alla legge.

Quanto sopra è legittimamente applicabile fatti salvi i casi in cui i sanitari interessati, con apposita autocertificazione rilasciata alle strutture, a disposizione delle Aziende UUSLL e della Regione, ai sensi del DLgs 403/98 e successivi concernenti la semplificazione amministrativa, abbiano attestato regolarmente la sussistenza della propria compatibilità ad operare presso istituti accreditati.

A.7.) Accreditamento

Le strutture firmatarie il presente accordo risultano accreditate per struttura ai sensi della Legge 724/94, art. 6, comma 6 e ne viene dichiarata, mediante la delibera regionale di recepimento, la funzionalità alle scelte di programmazione regionale di cui all'art. 12, comma 2 della L.R. 34/98.

Gli OO.PP. Cardinal Ferrari (PR), Santa Viola (BO) e Villa Regina (BO) sono accreditati con provvedimento regionale specifico in tempi e modalità diversi tra loro, ai sensi dell'art. 8 quater, comma 7 del DLgs 502/92 e successive modificazioni.

Le strutture firmatarie, alla luce della DGR 327/04, saranno chiamate alla verifica del percorso per giungere all'accreditamento definitivo in base ai programmi e ai tempi definiti con appositi provvedimenti adottati dal Direttore generale Sanità e Politiche sociali, in base a quanto previsto in sede tecnica dall'Agenzia sanitaria regionale.

Ai fini del presente accordo, si precisa che gli Ospedali privati sono accreditati:

- per le funzioni esercitate in autorizzazione, e quindi in accreditamento alla data della sua sottoscrizione;
- per quelle diverse la cui domanda di esercizio, concordata con la Azienda USL perché conforme alla programmazione locale delle attività, sia stata accolta secondo le procedure previste dalla normativa regionale e non costituisca ampliamento della ricettività della struttura. La riconversione dei posti letto privati accreditati esistenti alla data di sottoscrizione del presente accordo, se comportante una maggiore spesa per le prestazioni correlate, potrà essere attuata solo con il reperimento in sede locale di risorse aggiuntive rispetto al budget qui concordato.

A.7.1.) Dichiarazione individuale di accettazione dell'accordo regionale 2004-2006

L'accreditamento per gli anni 2004 e seguenti opererà a condizione che la struttura interessata sottoscriva la dichiarazione apposita, conforme al modello allegato sub 1), tramite la quale ogni erogatore attesterà di condividere anche sul piano negoziale i contenuti della presente intesa e di accettare la remunerazione tariffaria contrattualmente vigente tempo per tempo.

A.8.) Accordi speciali

La Regione e/o le Aziende sanitarie pubbliche potranno avviare specifiche trattative, con la partecipazione dell'AIOP e dell'ARIS, con singoli ospedali privati per regolare i reciproci rapporti e per rispondere a specifiche esigenze (progetti speciali). Qualora tali nuovi ed aggiuntivi accordi dovessero comportare un incremento del valore della produzione, il relativo carico finanziario potrà essere previsto con la dotazione di risorse aggiuntive rispetto al budget concordato; tali risorse non dovranno essere considerate al fine del calcolo delle penalità.

Tutto quanto suddetto prestando attenzione ai contenuti di cui al successivo punto B.4.1.) al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni.

A.9.) Governo della mobilità

Le parti private si impegnano a porre in essere le condizioni affinché si possa pervenire, come obiettivo generale, ad un recupero della mobilità passiva extra-regionale, utilizzando le opportune tecniche di circolazione dell'informazione relativa al proprio panorama produttivo e tecnologico ed al livello di comfort ambientale offerto.

Qualora si verifichi un recupero di mobilità passiva extra-regionale, questo si rifletterà economicamente sui budget dei settori interessati. Poiché non è materialmente possibile calcolare quanta parte dell'eventuale recupero sia da addossare al settore privato o pubblico, si stabilisce che al privato sia forfetariamente attribuita una quota dell'eventuale recupero finanziario, registratosi rispetto all'anno precedente, pari alla percentuale di attività svolta dalle strutture sanitarie private, misurata come numero di ricoveri per alta e non alta specialità e come numero giornate di degenza per la psichiatria, a favore di cittadini residenti in Emilia-Romagna sul totale delle attività svolte a carico del SSN dal complesso delle strutture regionali. Tale percentuale deve essere calcolata separatamente per le strutture di alta e non alta specialità e neuropsichiatria in relazione alle specifiche attività svolte.

Sulla base delle risultanze che saranno comunicate dall'Assessorato regionale alla Sanità in esito alle informazioni sulla mobilità interregionale (presumibilmente a luglio/agosto di ogni anno rispetto all'anno precedente), si procederà all'integrazione dei volumi contrattati tenendo conto degli eventuali recuperi ed incrementando proporzionalmente i singoli budget. Tale integrazione riguarderà il budget dell'anno in corso di validità e verrà commisurato ai singoli ambiti territoriali in sede di Commissione Paritetica e successivamente comunicata alle AUSL.

La eventuale quota di budget legata al recupero di mobilità non viene storicizzata; il parametro di riferimento adottato per il primo anno del triennio di validità dell'accordo rimane fisso per tutti i tre anni e rispetto ad esso dovrà essere calcolato l'eventuale recupero.

Il governo della mobilità e la responsabilizzazione delle strutture non deve riguardare esclusivamente il fenomeno in termini extra regionali.

L'incremento del fenomeno della mobilità fra Aziende USL regionali verificatosi negli anni precedenti, che porta con sé l'incremento del budget extra AUSL, rende manifesta la necessità di adottare strumenti di governo complessivi del fenomeno.

Le parti concordano che gli Ospedali privati accreditati

(OPA) debbano porre in essere un impegno, anche verso i propri professionisti, a non alimentare la mobilità territoriale, in particolare per prestazioni riguardanti l'autosufficienza.

La sottoscrizione di accordi extra AUSL e di area vasta deve avere come obiettivo anche quello di governare i flussi dei pazienti per le varie specialità. La sottoscrizione di accordi economici extra AUSL o di area vasta non può pertanto ribaltarsi negativamente, dal punto di vista economico, per quanto riguarda il budget extra AUSL, sulle Aziende con le quali non viene sottoscritto alcun accordo.

A.10.) Day hospital

Le riconversioni di posti letto di degenza ordinaria a day hospital non configurano le situazioni di cui al punto I.H della DGR 327/04, ma rientrano negli "eventi diversi" previsti nel medesimo punto e necessitano perciò di semplice comunicazione con eventuale presa d'atto da parte dell'Autorità competente.

Orientativamente il 10% dei PL autorizzati di ogni struttura potranno essere adibiti alla funzione di DH e tutti, salvo i DH già autorizzati in precedenza, dovranno trovare origine da una trasformazione dell'esistente in termini di PL ordinari.

La regolamentazione interna concernente l'organizzazione del DH potrà essere ispirata al cosiddetto "modello dipartimentale" (modello organizzativo di tipo trasversale che comprende più unità funzionali).

A.11.) Percorsi ambulatoriali

In virtù dei cambiamenti organizzativi e dell'allocazione di un numero sempre più elevato di prestazioni in livelli erogativi più appropriati, il budget di cui al presente accordo può essere utilizzato anche per l'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale.

Rientrano nel budget tutte quelle prestazioni che, in base a valutazioni di appropriatezza, avranno una indicazione all'erogazione a livello ambulatoriale come livello maggiormente adeguato della degenza, e che trovano un'esplicitazione, consensuale e concordata di tale passaggio all'interno degli accordi locali anche in un riconoscimento tariffario specifico e nell'utilizzo del flusso informativo ASA, in sostituzione della SDO.

Negli accordi locali, possono essere esplicitati utilizzi del budget di cui al presente accordo, corrispondenti ad una quota parte del fondo di abbattimento di cui al punto B.7, anche per prestazioni ambulatoriali particolarmente critiche in termini di lista d'attesa, come già previsto nell'accordo integrativo di cui alla DGR 1482/03 e nell'allegato alla presente in materia di obiettivi di qualità.

A.12.) Accesso alle strutture private accreditate

L'accesso alle strutture private accreditate è pienamente libero, senza vincoli o impegnative, sulla base della semplice prescrizione medica.

Le strutture accreditate potranno accogliere anche pazienti paganti in proprio o ristornati dalle compagnie di assicurazione, senza pregiudizio per l'attività assistenziale riferita al SSN. Tale quota di fatturato non potrà generare limitazioni di sorta, né riversarsi sul budget pubblico di competenza anche ai soli fini statistici.

Il limite di budget concordato non può essere utilizzato quale strumento per discriminare il ricovero dei pazienti e tanto meno per effettuare pressioni al ricovero verso le Aziende USL di residenza. I meccanismi legati alla remunerazione ed alle penalità non devono in nessun caso essere oggetto di trattativa con i pazienti stessi al fine di facilitarne o meno l'accesso. I meccanismi di applicazione economica degli accordi regionali e locali sono conosciuti dalle strutture al momento dell'adesione agli accordi stessi e pertanto non possono essere utilizzati quale sistema di "blocco" dei ricoveri. Le strutture, conoscendo il budget, con l'eccezione degli invii diretti da parte di struttura pub-

blica che comunque vengono salvaguardati, devono gestire una programmazione dei ricoveri che non può e non deve prevedere la chiusura di una attività in riferimento alla carenza di budget. L'eventuale verificarsi di tali comportamenti che vengano segnalati e comprovati da cittadini o da Aziende USL, può essere sanzionato, su decisione della Commissione Paritetica, anche escludendo la struttura dalla partecipazione ai fondi di cui al punto B.7 del presente accordo.

Qualora la programmazione dei ricoveri, effettuata in coerenza con le risorse assegnate, dovesse determinare l'insorgenza di liste di attesa, occorrerà definire criteri di gestione delle stesse rispettosi della disciplina disposta a livello regionale e dei correlati criteri di priorità nella soddisfazione della domanda.

A.12.1) Differenza per conforto alberghiero

La remunerazione per differenze di conforto alberghiero di ogni tipo pagata direttamente dal ricoverato resta completamente liberalizzata e riservata alla insindacabile decisione dell'Amministrazione di ogni struttura privata, con obblighi di trasparenza, pubblicità delle tariffe e corretta comunicazione. L'opzione per il trattamento alberghiero non deve avere alcuna incidenza sui tempi e sulle possibilità di ricovero.

A.13.) Provvedimenti regionali

La Regione si impegna a garantire l'uniforme applicazione a livello regionale dei criteri e delle modalità di svolgimento dei rapporti concordati e a tenere in conto quanto previsto nel presente protocollo d'intesa nell'adozione di provvedimenti che abbiano riflessi sul presente accordo, compresa la materia tariffaria.

A.14.) Scelta del medico e/o dell'equipe a regime libero professionale

In materia di attività libero professionale esercitata all'interno di strutture private e con riferimento a prestazioni in accreditamento, vi è tra le parti una diversa posizione circa la possibilità, stante l'attuale legislazione, di poter estendere analogicamente alle strutture private la stessa disciplina già prevista per le strutture pubbliche.

In particolare, la Regione Emilia-Romagna ritiene che tale disciplina sia vigente per i professionisti dipendenti del SSN, mentre AIOP e ARIS ritengono che una disciplina consimile sia applicabile per analogia anche ai propri medici strutturati e non strutturati, e di conseguenza alle prestazioni rese in accreditamento.

Si concorda pertanto di attendere in relazione a tale questione l'esito dei chiarimenti che dovranno essere emanati dal Ministero della Sanità.

In caso di esito favorevole alla possibilità di attivazione, la relativa disciplina potrà essere concordata secondo i contenuti già oggetto di confronto nel corso della presente trattativa.

PARTE II

PARTE SPECIFICA NON ALTA SPECIALITÀ

B.1.) Accreditamento delle strutture ospedaliere private

La presente intesa, unitamente al sistema degli accordi locali previsto dalla DGR 426/00, integra in capo ai soggetti accreditati la facoltà di erogare prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali in nome e per conto del Servizio sanitario regionale e nazionale. Essendo le strutture ospedaliere private aderenti al presente accordo accreditate per struttura, tale abilitazione è estesa a tutte le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali autorizzate, nell'ambito di un sistema di risorse prefissate (budget) che di fatto limita l'utilizzo delle funzioni accreditate rispetto all'effettiva dotazione.

In relazione a quanto sopra le parti prendono atto che l'effettivo utilizzo dei posti letto è condizionato a livello di si-

stema regionale dalle risorse messe a disposizione nell'ambito del presente accordo e che pertanto le indicazioni statistiche correlate al dimensionamento dei posti letto accreditati saranno inoltrate agli Enti di competenza ed elaborate tenendo conto del tasso di utilizzazione effettiva dei posti letto accreditati.

B.2.) Tariffa applicabile e classificazione delle strutture di non alta specialità

B.2.1) Attività intra regione

Alla produzione ospedaliera privata regionale si applicano le tariffe massime stabilite, in materia di non alta specialità, dai vigenti provvedimenti regionali, con riferimento alla fascia B. Le variazioni o le modifiche che verranno apportate nel corso di validità del presente accordo debbono essere congruenti con quanto definito in termini di budget nei presenti accordi.

In caso contrario si procederà ad una revisione degli accordi in essere, essendo l'assetto tariffario condizione determinante per l'accettazione dell'intesa.

B.2.2) Attività extra regione

Si applicano le tariffe stabilite dalla Conferenza Stato-Regioni (cosiddetta TUC, Tariffa Unica Concordata) e adottata dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR 2169/03. Nel corso di validità del presente accordo sarà adottata la TUC di volta in volta vigente.

B.3.) Budget

L'attività ospedaliera in accreditamento degli ospedali privati eroganti prestazioni di non alta specialità dà luogo all'identificazione di 2 tipi di budget che si riflettono, anche tramite appositi meccanismi di riduzione delle prestazioni in eccesso, nella definizione di due tetti di spesa confluenti nell'unico budget regionale, nonché nella previsione di un budget di settore, che comprende l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica e parimenti confluisce nel budget regionale:

- prestazioni intra-AUSL: erogate dagli Ospedali privati a cittadini residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (budget 1), non comprende l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico;
- prestazioni extra-AUSL: erogate dagli Ospedali privati a cittadini non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (budget 2) non comprende l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico;
- prestazioni intra ed extra AUSL: erogate dagli Ospedali privati per l'attività di tipo psichiatrico e neuropsichiatrico sia a cittadini residenti che non residenti nell'AUSL di competenza territoriale della struttura (budget 3 – vedasi in seguito parte specifica).

Le parti prendono atto che tale ripartizione della spesa ha reso praticabili varie soluzioni di collaborazione tra Aziende USL e gli ospedali privati, al punto che è generalizzata la pratica di concludere accordi locali attuativi della programmazione e degli indirizzi produttivi adottati in ogni realtà aziendale.

L'attuale produzione del comparto privato ospedaliero di non alta specialità, anche in forza di dette intese locali ed in seguito ad ampie riconversioni dei reparti secondo i criteri stabiliti dalla programmazione regionale (attivazione della lungodegenza, istituzione generalizzata dei DH, riconversione delle medicine e delle chirurgie a funzioni carenti in ambito locale) è da considerarsi in linea con gli orientamenti vigenti e con le esigenze emerse in ogni Azienda, a seguito dell'impegno alla trasformazione del sistema regionale attivato in questi anni.

Il budget complessivo di seguito concordato è da ritenersi congruo in relazione all'attività erogata, e che si prevede di erogare, rispetto ai fabbisogni rilevati e compatibile con le risorse del sistema.

Tutti i budget sotto indicati sono costruiti adeguando dell'1,4%, come da accordo integrativo 2003, i budget di cui all'accordo 2001, adeguati del 3% per il 2004 e di un ulteriore

4% per l'anno 2005. Gli adeguamenti budgettari sono coerenti con gli analoghi incrementi tariffari previsti dalla Regione per gli anni 2004 e 2005.

- Budget di riferimento per le attività intra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità (determinato sulla base delle indicazioni di fabbisogno provinciale rappresentate dalle Aziende Unità sanitarie locali) (Budget 1):

Budget 1

	Budget 2004	Budget 2005
Piacenza	16.409.563,36	17.065.945,89
Parma	18.533.937,81	19.275.295,32
Reggio Emilia	10.406.064,57	10.822.307,15
Modena(*)	12.015.697,10	8.005.266,53
Bologna e provincia	37.313.008,05	38.805.528,38
Ferrara	9.148.188,63	9.514.116,18
Ravenna	17.225.593,11	17.914.616,83
Forlì	9.283.124,41	9.654.449,39
Cesena	12.407.230,83	12.903.520,06
Rimini	13.778.380,33	14.329.515,54
Totale	156.520.788,20	158.290.561,27

(*) Il budget 2005 della Provincia di Modena tiene conto del fatto che, a seguito dell'apertura del Nuovo Ospedale di Sassuolo, l'ospedale privato Villa Fiorita cesserà la propria attività confluendo nella nuova struttura. Pertanto il budget provinciale di Modena 2005 è stato calcolato al netto della quota di budget assorbita nel 2004 da Villa Fiorita.

Il budget della Provincia di Bologna non tiene conto della presenza di una nuova struttura Santa Viola che viene inserita nel novero dei soggetti accreditati di cui al presente accordo, ma eroga le proprie prestazioni sulla base di un accordo locale, recentemente rinnovato per il 2004, con un budget specifico concordato in sede aziendale per l'intra AUSL; per gli utenti residenti in altre province la struttura risulta comunque accreditata, ma l'attività non è ricompresa nel budget 2.

Per l'ospedale privato accreditato nell'anno in corso, Villa Regina, non vi è incremento di budget, in quanto funzionalmente collegato con l'ospedale privato accreditato Villa Nigrisoli.

- Budget di riferimento per le attività extra aziendali di ricovero ospedaliero nelle strutture private accreditate di non alta specialità (budget 2): viene determinato per il 2004 in Euro 24.812.341,29 e per il 2005 in Euro 25.191.671,96. Il budget extra AUSL del 2005 è stato calcolato alla luce del nuovo assetto ospedaliero che si verrà a creare nella provincia di Modena con la apertura del Nuovo Ospedale di Sassuolo che andrà a assorbire anche le attività dell'attuale Villa Fiorita. Pertanto è stato detratta una somma pari alla media del fatturato netto di Villa Fiorita degli anni 2001, 2002, 2003.
- Budget di riferimento per l'attività psichiatrica e neuropsichiatrica degli ospedali privati (budget 3): viene determinato per il 2004 in Euro 29.519.027,50 e per il 2005 in Euro 30.699.788,60.

Per quanto concordato sopra nella presente intesa, il tetto di spesa complessivo per le strutture di non alta specialità, viene quindi fissato per il 2004 in Euro 210.852.156,99 e per il 2005 in Euro 214.182.021,83.

B.4.) La contrattazione locale

B.4.1) Per l'erogazione di prestazioni di non alta specialità, all'interno del budget fissato dall'accordo regionale, al fine di conseguire gli obiettivi di salute fissati dalla programmazione nazionale e regionale, le Aziende USL definiscono i contratti aziendali coinvolgendo le strutture accreditate presenti nell'ambito territoriale di propria competenza

Le strutture private accreditate si impegnano, ciascuna per la propria struttura e/o in associazione, a garantire il rispetto della pattuizione contrattuale in termini di volumi e tipologie di atti-

vità attesi, di garanzie per gli utenti e di responsabilità sui risultati produttivi attesi.

Gli accordi contrattuali stipulati in sede locale dovranno inoltre essere formulati secondo le indicazioni di cui all'Allegato 1 della deliberazione di Giunta regionale 426/00, tenendo conto dei seguenti fattori ed eventualmente adattando le intese già intercorse ai contenuti minimi esplicitamente richiamati in detto allegato:

- la contrattazione locale, per quanto attiene alla presente intesa, dovrà essere condotta con gruppi di produttori facenti capo alle articolazioni territoriali rappresentative dei soggetti firmatari dell'accordo generale;
- l'accordo regionale vigente al momento della sottoscrizione dell'accordo contrattuale in sede locale funge da intesa-quadro da cui dipendono principi e linee guida utili per orientare la contrattazione locale e la cui deroga, ove se ne ravvisi la necessità, deve essere esplicitamente motivata ed espressamente accettata dalle parti; in particolare dovranno essere osservate le linee guida previste al successivo punto 4.2 del presente accordo, in merito alle caratteristiche del contenuto pattizio e degli indirizzi produttivi di ogni struttura coinvolta;
- in sede di accordi locali non potranno essere previste penalità specifiche rispetto al sistema regionale in merito agli sforamenti di budget; possono essere previste forme di penalità che intervengono a fronte della non adozione di comportamenti produttivi concordati previsti nell'accordo locale sottoscritto. Anche queste eventuali forme di penalità devono essere esplicitate negli accordi locali. In merito al fatturato lordo su cui viene effettuato il calcolo delle penalità, le eventuali "penalità" locali impattano sul fatturato con la medesima modalità delle contestazioni (da intendersi nel senso che le contestazioni non rilevano economicamente fino a concorrenza delle eventuali penalità);
- la contrattazione locale dovrà indicare la prevedibile quota di ricoveri oggetto di invio diretto agli ospedali privati da parte della struttura pubblica;
- tale quota di prevedibile invio diretto costituisce il limite oltre il quale dovrà essere prevista una integrazione ai contenuti contrattuali con conseguente assegnazione di risorse aggiuntive corrispondenti;
- sulla base di eventuali necessità aziendali la contrattazione locale potrà prevedere l'assegnazione di risorse aggiuntive rispetto ai budget previsti nella presente intesa (sia in termini di vero e proprio extra budget che in termini di integrazione budgetaria consolidata), per lo sviluppo di specifici programmi aziendali compatibili con le indicazioni programmatiche della Regione;
- dalle penalizzazioni tariffarie sono di regola esclusi i casi effettuati su invio diretto dalle strutture pubbliche e da queste prorogati.

B.4.2) Contrattazione locale – Ulteriori indicazioni

I budget 1 e 2 di cui al precedente punto B.4 sono relativi all'attività di ricovero ospedaliero, fatto salvo quanto specificato al punto A.11.

Gli accordi locali prevedono la quota di LPR che, nell'ambito della pianificazione aziendale, viene attribuita alla spedalità privata, confermandosi, orientativamente, la quota del 20% dell'attività accreditata contrattata a livello locale.

La quota complessiva di LPR delle strutture private, in ambito aziendale, si deve intendere come integrata alla composizione dell'offerta ospedaliera pubblica.

Il budget intra AUSL deve intendersi come coerente ai fabbisogni locali. Gli accordi locali forniscono gli indirizzi produttivi e individuano le tipologie e il numero di prestazioni contrattate in via prioritaria. La individuazione delle prestazioni di interesse aziendale non è a copertura di tutta la capacità dei singoli produttori (non pervasività), ma indicano le priorità del committente, secondo un criterio che lascia alle strutture un margine di autonomia produttiva e competitività, comunque improntata ai canoni dell'appropriatezza e dell'efficacia. Quanto defi-

nito in via contrattuale orienta la produzione della struttura.

Nell'ambito delle funzioni contrattate i volumi acquisiti dovranno essere congrui rispetto ai requisiti dell'accreditamento dei reparti, secondo un principio quantitativo di sostenibilità nel rapporto fra entità economica delle prestazioni e costi affrontati per produrle, pur nell'ambito del principio della non pervasività.

I suddetti accordi non dovranno pertanto delimitare la produzione di ogni struttura aderente all'intesa (a tal fine saranno operanti i limiti apposti nel presente accordo), ma stabilire, secondo criteri di equità tra strutture pubbliche e private nella scelta delle funzioni eventualmente da riconvertire e nella attribuzione delle specialità da esercitare, la quantità e la tipologia di prestazioni da fornire in via prioritaria e in conformità ai piani di attività locali, restando impregiudicato il quadro del livello tecnologico – professionale e la diversificazione specialistica propri di ogni struttura, che resta accreditata ed abilitata ad erogare prestazioni intra ed extra – AUSL, nonché fuori regione, per tutte le funzioni ospedaliere ed ambulatoriali autorizzate.

Nel caso in cui, trascorsi 30 giorni dalla definizione degli obiettivi della programmazione aziendale, si riscontri il mancato raggiungimento degli accordi a livello locale e persista incongruenza tra gli obiettivi citati e l'attività esercitata dalle strutture private, la contrattazione verrà condotta a livello regionale con la partecipazione delle parti interessate e delle associazioni rappresentative firmatarie del presente accordo. Nel persistere dell'assenza di un accordo locale si applicano la disciplina e il contenuto del presente accordo regionale.

In ogni caso, qualora gli obiettivi della programmazione aziendale comportino riconversioni che necessitano di significativi interventi strutturali e organizzativi, si dovrà tenere conto dei tempi necessari e l'obiettivo dovrà essere articolato nell'arco del triennio di validità del presente accordo, o, se ritenuto necessario dalle parti, in un tempo ulteriore.

B.4.3) Contrattazione locale extra-aziendale

I contratti relativi alle strutture private extra-aziendali (e cioè situate al di fuori del territorio di competenza dell'Azienda USL) sono stipulati secondo i medesimi criteri di quelli intra aziendali, in questo caso con il singolo diretto contraente.

I contratti di fornitura devono essere stipulati qualora gli importi di spesa storica superino 500.000 Euro nell'ambito dei volumi corrispondenti alla spesa storica 2003.

In materia di prestazioni extra-aziendali non negoziate le parti private si attiveranno comunque per favorire il contenimento delle prestazioni entro il budget complessivo sopra concordato, fatta salva l'operatività dei meccanismi di penalizzazione di cui alla presente intesa, e si impegnano a produrre secondo una tipologia conforme agli indirizzi della programmazione regionale ed ai principi di riqualificazione dell'attività stabiliti nel seguente paragrafo. Dalle penalizzazioni devono essere escluse le prestazioni fornite su invio diretto da parte delle strutture di ricovero pubbliche regionali.

Sono auspicabili accordi di area vasta da stipularsi fra gruppi di Aziende (anche attraverso un'Azienda capofila) e gruppi di produttori, o singoli produttori, per l'utilizzo più razionale delle risorse presenti in specifici bacini di utenza, che tendono ad essere allargati rispetto ai confini aziendali, data anche la maggiore propensione, rispetto al passato, dei cittadini alla mobilità territoriale. Da parte delle Aziende tale strumento deve essere considerato come strumento di governo della mobilità, da parte dei produttori privati come strumento per prevenire fenomeni di esplosione del fatturato extra AUSL che comportino poi difficoltà nelle applicazioni del presente accordo regionale.

B.5.) Riqualificazione delle attività

Vista la necessità di favorire una complessiva riqualificazione dell'attività ospedaliera ed un corretto inquadramento delle prestazioni secondo quanto stabilito dai provvedimenti regionali in materia di obiettivi di produzione ospedaliera (recu-

pero di efficienza, riduzione del tasso di ospedalizzazione, miglioramento del rapporto costo/efficacia e qualità/quantità delle prestazioni, propensione all'utilizzo del DH), le parti private si impegnano a rimodulare la propria attività, e a riorganizzare il proprio sistema produttivo al fine di raggiungere l'obiettivo di erogare a regime, entro il termine di validità del presente accordo, una quota di prestazioni pari a quella erogata dai produttori pubblici in regime di ricovero diurno.

Ciò dovrà avvenire salvaguardando il principio secondo cui la struttura privata può effettuare il ricovero in regime ordinario solo nel caso in cui ciò sia richiesto da motivi attinenti le condizioni del paziente, anche sotto il profilo sociale e psicologico, l'età o la complessità del quadro clinico considerato.

Le parti private si impegnano inoltre ad adeguare il proprio assetto produttivo alla pianificazione regionale e locale (PAL) e ai documenti applicativi della stessa, anche in virtù dell'inserimento delle strutture ospedaliere private a pieno titolo nella programmazione regionale di piano e quindi della partecipazione, in qualità di produttori, ai processi di programmazione locale delle attività ospedaliere.

Le strutture si impegnano inoltre a rendere esplicito e ad informare conseguentemente il cittadino sui contenuti dell'episodio di cura, con particolare riferimento alle fasi di pre e post - ricovero (continuità assistenziale).

B.6.) Articolazione e funzionamento dei meccanismi di budget e di penalizzazione

B.6.1) Tetti di spesa non alta specialità

Il budget complessivo regionale per la non alta specialità come sopra fissato si modifica in virtù dell'andamento della mobilità extra regionale verificatasi rispetto all'anno di riferimento, come disciplinato al punto A.9 del presente accordo.

Per il controllo dei tetti di spesa di cui ai budget 1 e 2 sono previsti i seguenti meccanismi regionali e locali. Il budget 3 verrà trattato specificatamente in apposito separato paragrafo.

B.6.2) Fascia di oscillazione

Viene definita una fascia di oscillazione del volume finanziario commissionato pari al 5% all'interno dell'ammontare budgetario distintamente riferito alle attività intra aziendali (budget 1) e a quelle oggetto di mobilità (budget 2).

Entrambi i limiti, sia quello intra AUSL, con riferimento ai singoli importi negoziati per azienda all'interno delle intese locali (spesa negoziata), sia quello extra AUSL, sono quindi superabili per non più del 5%, fatte salve diverse indicazioni esplicitamente sottoscritte dalle parti in sede di accordi locali, in deroga alla disciplina generale.

Budget e tetti complessivi regionali: i tetti regionali non sono superabili; nel caso in cui si verificano sfondamenti della cifra complessiva sopra riportata, tenendo conto del margine di oscillazione consentito, scatteranno i meccanismi di penalizzazione individuale e complessiva, fino al rientro con effetto retroattivo a tutta l'annualità interessata, mediante riduzione a scalare delle tariffe (tariffa variabile a scalare), come meglio di seguito specificato.

I livello. Prestazioni intra AUSL

Nel caso che in ambito locale i singoli fatturati portino ad un superamento del budget 1 (budget intra-AUSL - Conteggiati separatamente), opererà, sempre a livello locale, un sistema di remunerazione a scalare delle prestazioni individualmente eseguite in eccesso rispetto alle intese stipulate a livello locale, tale da ricondurre il monte prestazioni locali ad una massima oscillazione pari a quella prevista nelle intese stesse, che comunque non può superare il 5% definito dal presente accordo.

Posto che la somma dei singoli budget individuali delle strutture o dei fatturati storici 96 adeguati proporzionalmente, in caso di accordo locale senza indicazioni singole (denominati entrambi "di riferimento"), deve sempre essere uguale al budget concordato a livello aziendale (metropolitano per la provin-

cia di Bologna), la riduzione a scalare opererà con i seguenti criteri:

- riduzioni applicabili solo al fatturato in eccesso rispetto a quello di riferimento e solo se il fatturato complessivo locale supera quanto negoziato per più del 5%;
- rispetto al fatturato di riferimento (FR),
 - fino al + 3% : riduzione del 10%
 - da FR fino al + 6%: riduzione del 20%
 - da FR fino al + 8%: riduzione del 40%
 - da FR fino al + 10%: riduzione del 50%
 - oltre il + 10% : riduzione del 100%
 (applicabile alle prestazioni eseguite in eccesso);
- le riduzioni così individualmente calcolate saranno applicate fino a concorrenza del rientro nel budget locale aumentato del 5%.

Gli importi di riferimento individuale saranno fissati in sede di Commissione Paritetica alla luce dei contenuti dei contratti di fornitura aziendali e/o della spesa individuale 96 adeguata proporzionalmente.

Il livello - Prestazioni extra AUSL

Qualora si superi a livello complessivo il budget extra-aziendale assegnato a livello regionale, anziché un impianto di penalizzazione a tariffa variabile, opererà una riduzione a scalare disciplinata dalle seguenti modalità:

- riduzioni applicabili solo al fatturato complessivo extra AUSL in eccesso rispetto a quello negoziato a livello regionale (budget 2) e solo se il fatturato complessivo regionale extra AUSL supera quanto negoziato per più del 5%;
- rispetto al fatturato storico di ogni struttura prodotto nell'anno precedente, al netto delle penalità applicate, (FS), ed adeguato in modo che la somma dei singoli fatturati non sia maggiore del budget regionale,
 - dal FS fino al + 3%: riduzione del 10%
 - dal FS fino al + 6%: riduzione del 20%
 - dal FS fino al + 8%: riduzione del 40%
 - dal FS fino al + 10%: riduzione del 50%
 - oltre il + 10%: riduzione del 100%
 (applicabile alle prestazioni eseguite in eccesso);
- applicazione delle penalità ai produttori fino a concorrenza del rientro nel limite regionale aumentato del 5%. I meccanismi di penalità di cui sopra non operano per prestazioni in degenza il cui accesso è stato richiesto dalla struttura pubblica regionale inviante, ovunque ubicata (assimilate pertanto a prestazioni extra-budget).

Da tali penalizzazioni individuali e complessive (livelli 1 e 2) sono escluse le strutture Villa Salus di Rimini e Stacchini in quanto eroganti esclusivamente prestazioni a tariffa minima e per giornate di degenza.

B.7.) Revisione dei tetti regionali complessivi a fronte del raggiungimento di particolari obiettivi di produzione di interesse regionale

Il sistema di revisione dei tetti introdotto con l'accordo per gli anni 2001-2003 è stato uno strumento per indirizzare la produzione verso obiettivi di particolare interesse regionale o locale, che nel corso del triennio di validità dell'accordo precedente è stato variamente affinato e recepito negli accordi locali.

La valutazione positiva, verificata anche attraverso il monitoraggio effettuato in sede di Commissione Paritetica degli obiettivi definiti a livello regionale o la certificazione del raggiungimento di quelli concordati a livello locale effettuata dalle singole Aziende, del risultato ottenuto attraverso l'utilizzo dei fondi per la revisione dei tetti sia da parte pubblica che privata, porta a riconfermare il fondo anche nel presente accordo per una somma di Euro 7.746.852,00 suddivisa come segue:

budget 1: 5.704.698

budget 2: 1.280.522

budget 3: 503.404.

Viene riconfermata una quota parte del fondo pari Euro

258.228 finalizzata a programmi di riduzione delle liste d'attesa per interventi di ernia discale, sviluppati, sia con strutture di alta che di non alta specialità, in maniera integrata con le strutture pubbliche con lunghe liste d'attesa.

Per l'anno 2005 si concorda sin da ora di incrementare il fondo per una quota pari all'1% del budget 2004 (pari a Euro 2.108.522) da destinare proporzionalmente ai budget e finalizzata, tramite la definizione di obiettivi e progetti locali, alla fornitura di prestazioni ospedaliere caratterizzate da lunga attesa e, per una parte, all'approntamento di singoli "pacchetti" di attività ambulatoriale ad alta intensità assistenziale, mirati in modo specifico alla riduzione delle liste di attesa e non sovrapponibili con la normale committenza di settore. Qualora fra le Aziende Unità sanitarie locali e gli ospedali privati non si giunga alla definizione di tali progetti, da inviarsi in Regione, per l'utilizzo dei fondi di cui sopra, entro il mese di febbraio 2005, le parti saranno chiamate presso la Direzione Sanità al fine di giungere ad una mediazione negoziale. È possibile, al fine di ridurre le liste d'attesa, giungere ad accordi anche con strutture poste fuori dal territorio dell'Azienda USL, in un'ottica di area vasta.

Qualora, nell'ambito del triennio di validità dell'accordo, residuino risorse non utilizzate in relazione all'entità del fondo di abbattimento annuale, si concorda fin da ora l'implementazione del fondo per l'annualità successiva con i residui dell'anno precedente.

La copertura finanziaria dell'eventuale differenza tra il valore della produzione ricompreso entro il tetto massimo concordato per i budget 1, 2 e 3 aumentati della fascia di oscillazione prevista, e quello che si potrà collocare entro il nuovo tetto massimo, sarà garantita dall'accantonamento a livello regionale di una corrispondente quota del Fondo sanitario regionale.

La concreta assegnazione della quota definitiva verrà stabilita dalla Direzione generale Sanità e Politiche sociali della Regione, sentita la Commissione Paritetica, a chiusura dei consuntivi, mediante l'erogazione effettiva delle risorse alle AUSL di competenza territoriale delle singole strutture che avranno rispettato i vincoli di seguito specificati.

La quota parte individuata per ciascuna AUSL è determinata in modo proporzionale all'ammontare del corrispondente fondo provinciale rispetto al complesso del budget 1 regionale.

Nell'Allegato sub 2 viene illustrata la disciplina applicativa della revisione dei tetti, tenendo conto del quadro regolamentare sopra delineato.

Le singole USL, nell'ambito degli accordi-contratti con le strutture private, definiranno operativamente le specifiche territoriali rispetto al meccanismo generale.

Gli obiettivi rilevanti, illustrati nell'allegato documento tecnico (sub 2), sono suddivisi tra obiettivi di interesse regionale e locale e sono caratterizzati dalla rispondenza ai seguenti criteri:

- misurabilità
- oggettiva evidenza
- rilevabilità sulla base dei flussi informativi routinari.

Vengono allegate alla presente intesa le schede tecniche di definizione degli specifici obiettivi, illustrative delle modalità di verifica e misurazione del loro raggiungimento, nonché delle modalità tecniche di ripartizione fra i diversi ospedali appartenenti alle varie categorie.

In ogni caso la possibilità, per ogni singola struttura, di vedersi riconosciuta una produzione superiore, vale a dire che genera un fatturato passibile di penalità, fino al limite massimo consentito, si definisce tramite la verifica successiva e sequenziale dei seguenti punti:

1. nell'ambito dei budget 1 e 2 deve essere stato utilizzato il margine di oscillazione del 5% definito dal presente contratto al punto B.6.2; all'interno del budget 3 dovrà essere evidenziata una produzione ulteriore rispetto al tetto concordato, tale da comportare l'applicazione di penalità.
2. La struttura specifica, che presenti un fatturato eccedente i limiti concordati e comportante l'applicazione di penalità,

deve avere raggiunto un numero minimo di obiettivi quali-quantitativi come definiti dalla allegata scheda tecnica per poter beneficiare dell'abbattimento delle penalità.

3. La revisione dei limiti budgettari opererà mediante abbattimento delle eventuali penalità per produzione aggiuntiva fino a concorrenza degli importi stanziati per ogni singolo budget e nella misura massima stanziata al presente fine.

In linea generale l'utilizzo dei fondi deve essere legato a un trend di miglioramento, rispetto agli obiettivi individuati, o di mantenimento di standard considerati soddisfacenti ed elevati dalle parti. Non è da considerarsi né corretto né nell'ottica delle finalità del meccanismo di revisione dei tetti, accedere ai fondi con performance peggiorative, sempre in riferimento agli obiettivi individuati.

Parimenti non è corretto tarare i miglioramenti quali-quantitativi richiesti con eventuali performance positive registrate nell'anno precedente in modo straordinario e non ripetibile. I parametri di riferimento degli obiettivi regionali sono sottoposti a revisione annuale, da concordare in sede di Commissione Paritetica. Per l'anno 2004, in considerazione del fatto che non si è ancora proceduto al consolidamento dei dati 2003, la Commissione Paritetica si riserva di individuare il riferimento fra gli anni 2002 o 2003.

Si allegano al presente accordo, gli obiettivi per l'anno 2004 qualora gli accordi locali già non prevedano obiettivi specificatamente individuati.

Per gli anni 2005 e 2006 gli obiettivi per la distribuzione dei fondi di revisione è auspicabile siano individuati o integrati a livello locale, al fine di avere una più stretta correlazione con i diversi bisogni territoriali. Dovranno essere obiettivi chiaramente valutabili, misurabili e rilevabili. Le Aziende e gli OPA dovranno poi inviare alla Commissione Paritetica un report relativo al livello di raggiungimento degli obiettivi individuati. Qualora a livello locale non siano individuati obiettivi specifici o non siano definiti i criteri di conseguimento dei fondi regionali, si fa riferimento a quelli allegati al presente accordo.

Si concorda inoltre sulla possibilità di travasare risorse fra i diversi fondi di abbattimento nel caso si vengano a creare situazioni di squilibrio fra penalità e consistenza del fondo come già previsto nell'accordo integrativo 2003; l'attuazione di tale eventualità viene demandata alla Commissione Paritetica. L'eventuale meccanismo di travaso si applica solo dopo l'applicazione dei meccanismi standard, qualora vi sia una disponibilità residua.

Al fine di incentivare, come già previsto nell'accordo integrativo 2003, l'utilizzo di strumenti che impattano positivamente sulla qualità dell'assistenza, quali strumenti di valutazione del risk-management, il miglioramento della continuità assistenziale, in particolare la dimissione protetta, qualora dopo la ripartizione dei fondi con i meccanismi previsti residuassero delle risorse, queste possono essere ulteriormente distribuite in una percentuale di sfioramento rispetto al fatturato netto uguale per tutte le strutture e comunque fino ad un massimo del 25% per il budget 2 e del 10% per il budget 1 e del 5% per il budget 3, secondo i seguenti criteri di assegnazione:

- 1) a quelle strutture che hanno raggiunto il set di obiettivi previsti;
- 2) a favore delle strutture che garantiscono l'utilizzo di metodologie e requisiti volti al miglioramento qualitativo dell'assistenza quali, in alternativa:
 1. attivazione di meccanismi di risk-management attraverso l'introduzione di strumenti di rilevazione degli incidenti (incident report) e produzione di dati da trasmettere al livello regionale come previsto dai progetti attivi in materia;
 2. garanzia della continuità assistenziale, in particolare per la lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva, da valutarsi attraverso l'analisi dell'incidenza della dimissione protetta così come rilevata in scheda nosologica, nonché attraverso le valutazioni sul grado di integrazione con i servizi delle Aziende USL di competenza territoriale;
 3. adozione di una metodologia sistematica di valutazione dell'outcome in riabilitazione.

PARTE III

PARTE SPECIFICA SALUTE MENTALE

La presente Parte III dell'accordo è rivolta alle strutture private che forniscono attività di tipo psichiatrico, e specificatamente ai seguenti ospedali privati:

1. Villa M. Luigia
2. Villa Rosa
3. Villa Igea
4. Ai Colli
5. Villa Baruzziana
6. Villa Chiara
7. Villa Azzurra

C.1.) Premessa

Con delibera 327/04 la Giunta regionale ha stabilito, fra l'altro, «di procedere, per quanto espresso in premessa, ai soli fini dell'accreditamento istituzionale, senza pertanto modificare l'assetto autorizzatorio e quanto previsto dai vigenti accordi fra Regione e AIOP regionale, e fatte salve le funzioni di tipo ospedaliero, mono o pluridisciplinari, già svolte sulla base di specifici accordi aziendali, all'assimilazione delle strutture ospedaliere private che erogano attività di tipo psichiatrico alle Residenze Sanitarie Psichiatriche qualificandole, in relazione all'intensità e alla durata dell'intervento, in base alle tipologie di cui alla voce "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di psichiatria adulti" dell'Allegato 3 "Requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie", parte integrante della presente deliberazione».

Le parti interessate al presente accordo concordano che il processo di trasformazione delle attuali strutture che trattano pazienti con patologia psichiatrica verso strutture a valenza socio-riabilitativa, così come previsto dalla suddetta delibera, va incentivato e supportato anche economicamente nonchè dal punto di vista della semplificazione amministrativa. Inoltre deve essere previsto un percorso concordato per giungere alla ridefinizione delle attività specifiche dell'ambito psichiatrico così come individuate nel precedente accordo.

C.2.) Istituzione della Commissione tecnica Psichiatrica

Il precedente accordo generale, riferito al triennio 2001-2003, nella parte specifica relativa alla Salute mentale riprendeva espressamente i punti: 2) Tipologia dei ricoveri, 2.1) Quadri diagnostici, 3) Modalità d'accesso, 4) Controlli e verifiche, di cui alla "Relazione della Commissione Psichiatrica, parte integrante della delibera n. 405 del 31/3/1998.

Alla luce del mutato quadro normativo e del lasso di tempo intercorso, si rende necessario un aggiornamento dei punti e dei contenuti della sopracitata "Relazione della Commissione Psichiatrica". A tal fine le parti concordano di attivare una Commissione tecnica per la Salute mentale, paritetica e avente le caratteristiche già definite nella delibera di G.R. n. 1356 del 1997, composta da collaboratori dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e rappresentanti delle strutture sanitarie private di psichiatria e neuropsichiatria infantile, con il compito di:

- definire le patologie trattabili nell'ambito delle tipologie di residenze sanitarie psichiatriche previste dalla citata delibera 327/04;
- definire linee concordate per il monitoraggio dei ricoveri e indicatori della loro appropriatezza, con particolare riguardo ai ricoveri ripetuti nelle strutture regionali psichiatriche;
- monitorare l'iter di adeguamento a quanto previsto dalla delibera 327/04 da parte dei DSM e delle stesse strutture di psichiatria e neuropsichiatria infantile, pubbliche e private, per quanto attiene protocolli, accordi, costruzione di percorsi di continuità assistenziale integrata fra le diverse tipologie di strutture, così come previsto dall'Allegato 3 della citata delibera 327/04;
- concorrere ad attuare i comuni impegni previsti per le procedure di accreditamento, sia in preparazione a quanto dispo-

sto dagli atti regionali sia per eventuali, successivi adempimenti;

- definire le modalità con cui, nel rispetto comunque dell'autonomia gestionale ed organizzativa delle strutture, anche in considerazione della specificità delle prestazioni erogate, deve essere considerato l'inquadramento degli ospedali privati con attività di psichiatria e neuropsichiatria infantile, e i relativi posti letto psichiatrici, sia a livello regionale, per la programmazione di riferimento per l'approvazione delle richieste di accreditamento dei DSM, nella cui rete insistono le strutture private con attività di psichiatria e neuropsichiatria, sia a livello locale, quale parte integrante della rete di degenza del Dipartimento di Salute Mentale, a completamento della tipologia dell'offerta di ricovero;
- elaborare una proposta condivisa da approvare in sede di accordo tra la Regione e le associazioni della speditività privata AIOP successivamente al presente accordo o integrativa del presente accordo, anche alla luce della situazione di transitorietà che la ridefinizione delle strutture inevitabilmente comporta.

Le parti concordano che per il periodo transitorio che precede il completamento dei processi di autorizzazione e di accreditamento previsti dalla delibera 327/04 e/o fino alla definizione di un nuovo documento di intesa da parte della Commissione Paritetica di Salute mentale, approvato e sottoscritto dalle parti, si confermano i seguenti contenuti, previsti nella già citata "Relazione della Commissione Psichiatrica", vale a dire che:

«gli ospedali privati che erogano attività di psichiatria e neuropsichiatria per l'infanzia e l'età evolutiva sono equiparati a tutti gli effetti ai presidi ospedalieri per le attività di degenza e per le funzioni svolte devono ritenersi assimilabili, ai fini del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale", alle strutture residenziali che accolgono soggetti volontari con bisogni di interventi diagnostico-curativi-riabilitativi di breve e media durata. Gli ospedali privati concorrono inoltre all'assolvimento dei compiti collegati all'emergenza-urgenza ed alla lungodegenza psichiatrica, come di seguito specificato».

Va comunque sottolineato che al settore della psichiatria e neuropsichiatria si applica la disciplina sopra delineata con riferimento al settore della non alta specialità, per quanto non di seguito specificato.

C.3.) Tipologie di ricovero

L'Allegato 3 alla delibera Giunta regionale 327/04 a oggetto "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture psichiatriche" prevede tre tipologie di residenze sanitarie psichiatriche così qualificate, in relazione alla intensità ed alla durata dell'intervento: a trattamento intensivo, protratto e socio-riabilitativo. Per ogni tipologia sono dettati i requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi con particolare riguardo alla programmazione della presenza di personale.

Ai soli fini dell'accreditamento istituzionale e fermo restando l'attuale assetto autorizzatorio, le strutture ospedaliere private che erogano attività di psichiatria e neuropsichiatria infantile saranno assimilate alle Residenze Sanitarie Psichiatriche.

Nell'attesa che la relazione dell'istituenda Commissione tecnica Psichiatrica, di cui al punto precedente, preveda l'eventuale categorizzazione e/o revisione e/o delle tipologie di pazienti, diagnosi e/o ricoveri per le tre specifiche tipologie di residenze, si ritiene di precisare che l'inquadramento degli ospedali privati con attività di carattere psichiatrico e neuropsichiatrico, e quindi dei posti letto psichiatrici, deve essere considerato parte integrante della rete di degenza del Dipartimento di Salute mentale a completamento della tipologia dell'offerta di ricovero (tutto ciò nel rispetto comunque dell'autonomia gestionale ed organizzativa delle strutture anche in considerazione della specificità delle prestazioni erogate, ma anche della specifica funzione svolta dalla struttura nel sistema di offerta del DSM, esplicitata e negoziata nell'accordo di fornitura) e di confermare con le dovute specifiche di riferimento per la fase

transitoria, relativamente alla tipologia dei ricoveri, la seguente attività di psichiatria e neuropsichiatria infantile delle strutture private:

Brevi-degenza: deve intendersi tale il ricovero finalizzato alla valutazione diagnostica e all'inquadramento e aggiustamento terapeutico del caso. Esso ha i connotati della volontarietà e della disponibilità all'attesa secondo i tempi indicati al successivo punto C.4.B) delle "Modalità di accesso". La degenza massima non può superare i 30 giorni, salvo proroga da definire, caso per caso, d'intesa con il DSM di riferimento. La brevi-degenza può prevedere, oltre a trattamenti intensivi, anche la definizione ed avvio del programma terapeutico riabilitativo. La tipologia di struttura di accoglienza deputata sarà quella della residenza sanitaria psichiatrica "intensiva".

Media-degenza: è da intendersi come tale il ricovero programmato per persone con quesito diagnostico ed impostazione del trattamento particolarmente complessi, determinati dalla molteplicità dei livelli diagnostici e dagli aspetti psico-sociali del soggetto. Esso ha i connotati della volontarietà e disponibilità all'attesa secondo i tempi indicati al successivo punto C.4.C) delle "modalità di accesso". La durata dei ricoveri della media-degenza non può superare i 60 giorni, salvo proroga da concordare con il DSM di riferimento. Comunque il ricovero prorogato, anche nei casi eccezionali, non può superare complessivamente i 120 giorni. Oltre tale termine il paziente dovrà accedere a programmi di ricovero residenziale a lunga durata o in via transitoria alla lungo-degenza, d'intesa con il DSM. La tipologia di struttura di accoglienza deputata sarà quella della residenza sanitaria psichiatrica "intensiva" e/o "protratta", a seconda della valenza prevalentemente clinica (diagnosi, verifica trattamento, aggiustamento terapeutico) o riabilitativa (avvio del progetto assistenziale personalizzato, con un mix di trattamenti terapeutico diagnostici e di interventi riabilitativi precoci).

Emergenza-urgenza: l'emergenza è assicurata solo dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC). Per quanto riguarda l'urgenza il ricovero può avvenire nell'ospedale privato solo se programmabile e purché siano ben definiti i connotati della volontarietà e della disponibilità all'attesa nelle 24 ore. La tipologia di struttura di accoglienza deputata sarà la Residenza sanitaria Psichiatrica "intensiva".

Degenza prolungata: sono inquadrabili nella degenza prolungata i ricoveri dei soggetti, già in carico ai Servizi psichiatrici o degenti presso gli ospedali privati che necessitano di un trattamento terapeutico di lungo periodo (superiore quindi ai 60 giorni). I soggetti interessati devono essere ospitati in strutture residenziali secondo la tipologia prevista dal progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale".

La programmazione di tali strutture prevede però tempi di realizzazione non immediati, per cui in via transitoria, si rende necessaria la cooperazione di tutti i soggetti (pubblici e privati) al fine dell'utilizzo dell'intera rete di ricoveri per le attuali necessità.

I programmi di lungodegenza vanno previsti su un massimo di 180 giornate. Oltre tale limite andrà riprogrammata l'attività, da parte dei DSM.

L'attività di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, erogata fino ad oggi, si è connotata per il trattamento, in via non esclusiva, di pazienti bisognosi di cure residenziali; in ossequio a tale caratteristica, le parti accettano di prefigurare un assetto che comprenda anche le funzioni residenziali anzidette, secondo i requisiti che costituiranno i presupposti per l'avvio del processo di accreditamento, pur continuando a permanere le strutture interessate dal presente accordo nel comparto ospedaliero soggetto ad autorizzazione secondo le norme della L.R. 34/98 e della DGR 125/99.

La tipologia di struttura di accoglienza deputata sarà quella della residenza sanitaria psichiatrica "socio riabilitativa", dato l'obiettivo prevalente in questi ricoveri di contrastare i processi di passivizzazione del paziente e di cronicizzazione istituzionale.

Oltre alle anzidette funzioni residenziali psichiatriche e neuropsichiatriche, anche in considerazione dei progetti di collaborazione avviati da alcune strutture nei cosiddetti comparti specialistici (disturbi del comportamento alimentare, doppia diagnosi, psicogeriatrics, interventi diagnostici e terapeutici per adolescenti, psicologia clinica, disassuefazione dall'alcol, ecc.) ed in vista dell'adeguamento a quanto previsto dalla citata delibera GR 327/04, alcuni reparti potranno essere riconvertiti a talune delle citate attività, mantenendo fermo l'attuale assetto dell'offerta quantitativa, posizionata sull'utilizzo in accreditamento per cittadini della regione pari a circa 480 PL.

I progetti di trattamento specialistico, da sviluppare in un'ottica di continuità di presa in carico e terapeutica, possono prevedere un servizio connotato da un mix di prestazioni, anche ambulatoriali o a domicilio, ove necessario.

C.3.2) Quadri diagnostici.

Vengono ritenuti:

1. quadri primari per il ricovero le seguenti diagnosi: psicosi schizofreniche, psicosi affettive, stati paranoidei, altre psicosi, farmacodipendenza (doppia diagnosi), disturbi della personalità;
2. quadri secondari: psicosi alcoliche ubriachezza patologica, disturbi neurotici, reazione di adattamento; ai fini della verifica, nella relativa scheda di accettazione, deve essere indicato il motivo della necessità del ricovero.

Sono ulteriormente previsti ricoveri per le patologie afferenti ai comparti specialistici (disturbi del comportamento alimentare, doppia diagnosi, psicogeriatrics, interventi diagnostici e terapeutici per adolescenti, psicologia clinica, disassuefazione dall'alcol).

C.4.) Modalità d'accesso

- A) Per l'urgenza, l'accesso avviene su prescrizione del DSM, tenendo conto che il ricovero stesso deve essere effettuato, per la specificità organizzativa dell'ospedale privato, entro le ore 17 di tutti i giorni feriali e non nei giorni festivi, e comunque non oltre le 24 ore dalla richiesta;
- B) per la brevi-degenza, l'accesso è libero. Resta comunque ferma la garanzia che il DSM possa ricoverare entro 7 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico;
- C) per la media-degenza, l'accesso avviene su valutazione del DSM, sia per i pazienti in carico al centro stesso, sia per quelli afferenti alla casa di cura. Resta comunque ferma la garanzia che il DSM possa ricoverare entro 10 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico, nel contesto degli specifici accordi di fornitura;
- D) per la lungodegenza, l'accesso avviene su proposta del DSM e in accordo con la casa di cura privata. Il DSM può ricoverare entro 15 giorni dalla propria richiesta, con comunicazione da parte della struttura ricevente dell'avvenuto ricovero e delle dimissioni concordate, fatta salva l'autonomia decisionale finale dei sanitari dell'ospedale privato per il caso specifico.

C.5.) Controlli e proroghe

I controlli devono essere:

- a) individuali su singolo paziente secondo la normativa regionale vigente;
- b) con verifica semestrale dello stato di attuazione dell'accordo, e con valutazione alla fine di ogni anno.

I controlli dovranno essere effettuati in corso di degenza dal DSM di provenienza del paziente in trattamento, che può delegare, in maniera esplicita a tale funzione il DSM di competenza territoriale della struttura.

Restano validi ed applicabili i normali controlli sulla SDO di competenza delle strutture tecniche preposte della AUSL di competenza territoriale.

Le proroghe sono sempre determinate dai DSM di riferimento territoriale del paziente, sia per le brevi-degenze che per le medie-degenze.

Devono essere previsti espliciti protocolli operativi per la richiesta di proroga che definiscano anche i tempi di risposta dei DSM. In mancanza di risposta da parte del DSM di riferimento la struttura è tenuta a rinnovare la richiesta ogni 7 giorni.

In presenza della richiesta reiterata e della mancata risposta non si applicano le riduzioni tariffarie.

C.6.) Tetto di spesa e penalizzazioni

Nell'ambito del budget regionale per la non alta specialità viene ricavato un sotto budget per l'attività di psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'età evolutiva degli ospedali privati accreditati elencati nel paragrafo iniziale della presente Parte III.

L'ammontare di tale budget (budget 3) è pari a Euro 29.519.027,50 per il 2004 e ad Euro 30.699.788,60 per il 2005 e viene definito mediante la valorizzazione dei PL contrattati a livello regionale sulla base delle necessità di utilizzo mediamente manifestate nel triennio precedente, tenendo conto delle modifiche tariffarie di seguito specificate.

In caso di eccesso di produzione rispetto al budget complessivo di settore, si procederà alla decurtazione con il meccanismo della tariffa variabile nei confronti di quelle strutture che avranno registrato un volume di attività superiore rispetto alla media del triennio precedente, calcolata adeguando le medie individuali e la loro somma al budget contrattato con la presente intesa. Tale penalizzazione sarà applicata in misura proporzionale all'eccesso di produzione individuale rispetto alla media e nella quantità sufficiente a permettere il rientro nel budget complessivo; della stessa beneficeranno, in misura proporzionale, le AUSL destinatarie del fatturato della struttura penalizzata.

C.7.) Tariffe

Fino all'espletamento di quanto previsto dalla delibera GR 327/04 e/o fino alla proposta di un documento di intesa da parte della Commissione tecnica Psichiatrica, e comunque in sede di revisione annuale dei contenuti economici dell'accordo, si conferma che le attività di psichiatria e neuropsichiatria infantile erogate dagli ospedali privati nel settore ospedaliero/residenziale sono remunerate, fatti salvi diversi accordi per attività specifiche, con una tariffa unica, valida per tutte le strutture, prevista dalla delibera in vigore al momento. Sulle gg eccedenti il 60° si applica la tariffa minima prevista per la lungodegenza medica per i trattamenti di ricovero intensivi.

Ai ricoveri di breve e media-degenza che si prolungano nei termini e con le modalità di proroga di cui sopra, oltre i primi 60 giorni, non si applica detta riduzione.

Ai ricoveri per degenza prolungata non si applicano riduzioni in quanto accesso e proroga sono di competenza dei DSM (vengono fatti salvi eventuali, diversi accordi locali in merito).

C.8.) Riferimenti

Nella presente parte riferita agli ospedali privati psichiatrici sono stati espressamente ripresi i punti: 2-Tipologia dei ricoveri; 2.1-Quadri diagnostici; 3-Modalità d'accesso; 4-Controlli e verifiche di cui alla "Relazione della Commissione Psichiatrica" parte integrante della delibera n. 405 del 31/3/1998.

In via transitoria, fino a nuova relazione dell'istituenda Commissione tecnica Psichiatrica, restano valide tutte le indicazioni relative ai restanti punti della relazione stessa, in parti-

colare per quanto previsto nelle linee guida relative alle procedure terapeutiche concordate e condivise.

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ
Giovanni Bissoni

L'AIOP REGIONALE
Lorenzo Orta

L'ARIS REGIONALE
padre Virginio Bebbber

Allegati:

- 1) Fac-simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'accordo regionale.
- 2) Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale.

Note:

(1) Le Regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'art. 2, comma 5 della Legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario 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 dicembre 1996, n. 662.

(2) Effetti della clausola penale – La clausola, con cui si conviene che, in caso d'inadempimento o di ritardo nell'adempimento (1218), uno dei contraenti è tenuto a una determinata prestazione, ha l'effetto di limitare il risarcimento alla prestazione promessa, se non è stata convenuta la risarcibilità del danno ulteriore (1223). La penale è dovuta indipendentemente dalla prova del danno.

ALLEGATO 1

Fac-simile di dichiarazione individuale di accettazione dell'Accordo regionale 2004/2006

(carta intestata dell'ospedale privato)

L'Ospedale privato accreditato
con sede in Via n.
C.F., P. IVA, au-
torizzato all'esercizio con decreto del Presidente della Giunta
regionale n. del e successive modificazioni ed
integrazioni, e/o con provvedimento del Comune di
..... PR. n. del, le-
galmente rappresentata dal sig.
in qualità di (titolare, presi-
dente del CdA, amministratore, ecc.)

preso atto

- dell'accordo regionale sottoscritto in data
dall'Assessore regionale alla Sanità e dai Presidenti
dell'AIOP e dell'ARIS regionali;
- della deliberazione di Giunta regionale n. del
di recepimento dell'accordo di cui sopra;
- dei contenuti dell'art. 12 della L.R. 34/98;
- del DLgs 229/99 emanato in attuazione della Legge 419/98;
- della necessità di formulare espressa accettazione delle tariffe vigenti e dell'accordo regionale sull'ospedalità privata, sopra evidenziato, al fine di poter accedere alla qualifica di soggetto privato transitoriamente accreditato;
- della richiesta già inoltrata dalla scrivente struttura al Presidente della Giunta regionale, in ottemperanza al predetto art. 12 della L.R. 34/98;

dichiara:

- di accettare il sistema di pagamento a tariffa di cui alla DGR n. /2004 e successive modificazioni, valide tempo per tempo;
- di accettare e condividere i contenuti dell'accordo regionale citato in premessa e sottoscritto dall'Associazione regionale

di appartenenza;
al fine di poter mantenere la qualifica di soggetto privato accreditato ed accedere all'applicazione dell'accordo regionale di settore e dei contratti locali di fornitura.

data

. (firma)

ALLEGATO 2

Contenuti e linee guida applicativi degli obiettivi di interesse regionale di cui al punto B.7 dell'accordo generale

Ai fini della ripartizione del fondo di cui al punto B.7 dell'accordo generale, gli ospedali privati di non alta specialità vengono classificati in base alla tipologia delle discipline sanitarie per cui sono accreditati, in quanto gli obiettivi applicabili possono essere diversi a seconda dell'attività sanitaria svolta.

Vengono individuate le seguenti tipologie:

ospedali polispecialistici;
ospedali chirurgici;
ospedali medici;
ospedali riabilitativi;
ospedali che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatria.

Lo schema seguente classifica ciascun ospedale per le tipologie individuate e lo correla agli specifici obiettivi ai quali può partecipare.

La suddivisione del budget disponibile e la determinazione del valore massimo di remunerazione integrativa raggiungibile da ciascun ospedale avviene seguendo i seguenti criteri:

- A) viene predefinito un sotto budget dedicato agli ospedali che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatria; la suddivisione avviene in base al peso relativo del fatturato netto per l'attività psichiatrica di ciascun ospedale rispetto al totale del fatturato per tale attività di tutti gli ospedali interessati;
- B) il restante sotto budget viene suddiviso tra i budget 1 e 2, come previsto al punto B.7 dell'accordo, e nell'ambito di ciascun budget, aziendale e extraaziendale, tra le strutture in base al peso relativo dei singoli fatturati complessivi al netto penalità;
- C) l'abbattimento delle penalità, a concorrenza del fondo, verrà concesso solo in casi di produzione ulteriore rispetto ai budget 1,2 e 3 (tenendo conto dell'operatività dei margini di oscillazione) e non potrà mai superare l'importo delle penalità derivanti dalla applicazione dei meccanismi di penalizzazione.

La possibilità di partecipare alla suddivisione del fondo con funzione di abbattimento delle penalità per ciascun ospedale, avviene raggiungendo un numero minimo di obiettivi fra quelli assegnati secondo lo schema, così definito:

ospedali polispecialistici	3 su 7
(4 su 9 se dotati di reparti riabilitativi)	
ospedali chirurgici:	2 su 5
ospedali medici:	2 su 5
(3 su 7 se dotati di reparti riabilitativi)	
ospedali riabilitativi:	2 su 5
ospedali neuropsichiatrici:	2 su 5
(3 su 7 se dotati di reparti riabilitativi).	

Viene affidato alla C.P. l'incarico di procedere alle integrazioni e modifiche che si rendessero necessarie per adeguare gli obiettivi all'evoluzione produttiva del sistema ospedaliero regionale ed alle inerenti indicazioni programmatiche.

Restano validi i chiarimenti già forniti, su tutti gli obiettivi, dalla Commissione Paritetica a partire dall'anno 2001.

SCHEDA TECNICA DI DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

Obiettivo n. 1: Riconversione di attività in chirurgia specifica

Gli ospedali privati chirurgici e polispecialistici dovranno por-

re un'attenzione particolare al raggiungimento di tale obiettivo essendo per il SSR di prioritaria importanza perché rivolto a fornire adeguata risposta alla eventuale presenza di liste di attesa in determinati settori ospedalieri.

Si individuano le seguenti tipologie di interventi come particolarmente critiche e rilevanti ai fini della valutazione sul raggiungimento dell'obiettivo:

1. Protesi d'anca
2. Protesi del ginocchio
3. Cataratta
4. Ernia discale
5. Altri interventi sul ginocchio
6. Colicistectomia
7. Varici
8. Altri interventi dell'area ortopedica (MDC8)
9. Interventi dell'area otorinolaringoitrica
10. Chirurgia della mammella.

L'obiettivo è da considerarsi raggiunto qualora le singole strutture abbiano un incremento per gli interventi sopra individuati di almeno 20 casi o del 5%.

Saranno valutate in maniera specifica le situazioni di quelle strutture che, pur incrementando l'attività, non raggiungano i dati incrementali di cui sopra, purchè la quota di attività dedicata alle prestazioni critiche elencate sia superiore al 30% del totale.

In sede locale potranno essere concordate in via sostitutiva prestazioni/obiettivo diverse dalle precedenti e rispondenti alle tematiche che coinvolgono la presenza di lunghe liste di attesa.

In considerazione della particolare criticità relativa ai tempi di attesa per le prestazioni di protesi d'anca, salvo particolari deroghe a livello locale, una produzione aggiuntiva pari al 10% costituisce titolo per il raggiungimento dell'intero set di obiettivi assegnati.

(Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera: ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario residenti in Emilia-Romagna. Rilevano inoltre anche i DRG 006 e 039 prodotti ambulatorialmente).

Obiettivo n. 2: Progettazione di percorsi ambulatoriali

L'obiettivo è rivolto a tutte le tipologie di ospedali privati del gruppo di non alta specialità, compresi quelli che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatria.

Consiste nell'approntare singoli pacchetti di attività ambulatoriale mirati in modo specifico alla riduzione delle liste di attesa e non sovrapponibili con la normale committenza di settore o nel presentare un progetto di riconversione di attività, attualmente trattata in regime di ricovero sia ordinario che di day hospital, in percorsi ambulatoriali complessi ad accesso singolo o multiplo.

Il progetto, da presentare entro il 31/12 dell'anno, deve obbligatoriamente essere concordato con la AUSL di competenza territoriale e contenere il seguente set minimo di informazioni:

1. tipologia della casistica da trattare in termini di codici di patologia e prestazionali (quali DRG originano se trattati in regime di ricovero) e sua numerosità;
2. definizione dei percorsi di accesso in termini di invii, prenotazioni e modalità erogative specifiche standard previste (un accesso o più accessi da parte del paziente);
3. tempi di realizzazione;
4. tariffe concordate per i diversi percorsi assistenziali.

Nell'anno successivo verrà effettuata la verifica sulla realizzazione dei progetti presentati.

Nel contempo la Regione emanerà linee guida sull'argomento con particolare attenzione al momento della verifica delle congruità dei compensi e delle modalità di determinazione, programmando la revisione, se ritenuto necessario, dell'attuale assetto tariffario del comparto ambulatoriale.

(Evidenze: accordi locali).

Obiettivo n. 3: Messa in rete di posti letto

Partecipano a tale obiettivo tutti gli ospedali privati polispecialistici e medici.

L'obiettivo consiste nel dare la propria disponibilità, documentata negli accordi locali, all'AUSL di riferimento territoriale di una quota di PL per invii da parte delle strutture pubbliche di pazienti in lungodegenza, di pazienti acuti da P.S., di pazienti inviati nell'ambito di percorsi assistenziali esplicitamente concordati.

(Evidenze: accordi locali).

Obiettivo n. 4: Livello di intensività dell'attività riabilitativa

Partecipano a tale obiettivo gli ospedali riabilitativi e gli ospedali polispecialistici e medici e neuropsichiatrici con reparti riabilitativi.

L'obiettivo consiste nel raggiungere un incremento del numero di ricoveri di pazienti entro 30 giorni dall'evento (dimissione dal reparto acuti) dall'episodio di origine.

(Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera: ricoveri entro 30 giorni dall'evento acuto per la stessa MDC a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario, residenti in Emilia-Romagna e ospedali situati in Emilia-Romagna).

L'obiettivo deve intendersi raggiunto anche laddove, a fronte di un calo dei ricoveri, sia aumentata la percentuale di quelli effettuati nei trenta giorni).

Obiettivo n. 5: Partecipazione all'obiettivo regionale di contenimento del tasso di ospedalizzazione per il territorio di riferimento

Partecipano a questo obiettivo tutti gli ospedali privati di non alta specialità, compresi quelli che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

L'obiettivo consiste nel fornire un contributo all'obiettivo dato dalla Regione alla AUSL territoriale di decremento del tasso di ricovero.

L'obiettivo viene raggiunto se a fine anno la % dei ricoverati presso la struttura di cittadini provenienti dalla AUSL di riferimento territoriale è diminuita almeno dell'1% rispetto all'anno di riferimento al netto dei ricoveri di lungodegenza e da PS (ivi compresi altri invii da strutture pubbliche).

(Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera: numero di ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime ordinario > 1 g. residenti in AUSL (o in prov. per BO) con esclusione dei neonati sani, delle dimissioni dal reparto cod.60 e, facoltativamente, dei casi inviati da strutture pubbliche).

Obiettivo n. 6: Day surgery

L'obiettivo è rivolto a tutti gli ospedali privati che erogano attività chirurgica.

Consiste nel trattare in regime di day surgery un numero di casi pari al 80% con riferimento alla tipologia di interventi utilizzati per il calcolo dell'indice di day surgery, così come esplicitati nel "Glossario Indicatori" delle banca dati SDO della Regione.

L'obiettivo viene raggiunto da quegli ospedali privati che abbiano conseguito anche un aumento del 5% rispetto all'anno di riferimento quanto a numero di casi trattati, oltre al raggiungimento della quota produttiva sopra evidenziata (media regionale).

(Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera: ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario di 1 g. e residenti in Emilia-Romagna, rilevano inoltre anche i DRG 006 e 039 prodotti ambulatorialmente. L'obiettivo deve intendersi raggiunto anche laddove l'attività, partendo da una percentuale storica già alta, si attesti al di sopra del 90%).

Obiettivo n. 7: Aumento dell'accoglienza di casi inviati da DSM

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

Considerato che tali ospedali devono essere considerati parte integrante della rete di servizio del DSM, l'obiettivo mira a rendere ancora più esplicito tale principio.

L'obiettivo infatti viene raggiunto laddove la struttura incrementi di almeno il 5% gli accessi di pazienti inviati dai DSM regionali o raggiunga comunque uno standard di almeno il 50% rispetto ai ricoveri provenienti da tutte le Aziende della Regione.

(Evidenze: autocertificazione o riscontro da parte dei DSM).

Obiettivo n. 8: Definizione di progetti di integrazione con i servizi pubblici per i trattamenti residenziali

L'obiettivo è rivolto agli ospedali privati che erogano attività psichiatrica e neuropsichiatrica.

L'obiettivo consiste nel presentare un progetto, definito di concerto con la AUSL di riferimento territoriale, per il trattamento residenziale dei pazienti che rispetti le caratteristiche previste dal P.O. nazionale, vale a dire moduli organizzativi di 20 PL.

I progetti presentati devono contenere il seguente set minimo informativo:

1. modalità di accesso;
2. percorsi del paziente e sua presa in carico.

Obiettivo n. 9: 51 DRG ad alto rischio di inappropriata organizzativa (di cui alla DGR 1872/04)

L'obiettivo è rivolto agli ospedali medici e polispecialistici.

L'obiettivo consiste nell'aver effettuato nell'anno un numero di ricoveri ascrivibili ai DRG dell'Allegato 2 alla DGR 1872/04 in linea con gli obiettivi posti dal medesimo atto, come specificati in sede di Commissione Paritetica.

Per l'anno 2004 l'obiettivo può ritenersi raggiunto, in alternativa, anche conseguendo l'Obiettivo 9 vigente nel triennio 2001-2003 dei 27 DRG dei MMG.

(Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera: ricoveri ordinari > 1 giorno a carico del SSN (onere 1,2) residenti in Emilia-Romagna con esclusione degli invii da parte del P.S. (solo se pubblico) e da parte di altra struttura pubblica. Non vengono considerate le dimissioni dai reparti 56, 40, 75, 28, 60.).

Obiettivo n. 10: Quota di appropriatezza della casistica trattata

L'obiettivo è rivolto a tutte le strutture.

Consiste nell'aver trattato una casistica appropriata in una quota non inferiore al 90%. L'obiettivo si intende raggiunto qualora dai controlli effettuati dalle AUSL non emergano contestazioni in tal senso in proporzioni maggiori al 10% dei casi trattati.

(Evidenze: autocertificazione o riscontro da parte delle AUSL).

Obiettivo n. 11: Ricoveri ripetuti nell'anno

L'obiettivo è rivolto agli ospedali riabilitativi.

Consiste nel raggiungere una percentuale o un numero di pazienti ricoverati più di 2 volte nell'anno comunque non superiore a quella dell'anno di riferimento. Tale percentuale verrà valutata in sede di Commissione Paritetica in base ai dati consuntivi.

(Criteri di calcolo basati sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera: ricoveri a carico del SSN (onere 1,2) in regime DH + ordinario residenti in Emilia-Romagna. Dato significativo: soglia minima di 10 casi, sotto la quale l'obiettivo si considera raggiunto).

(segue allegato fotografato)

Tabella di classificazione e di correlazione con gli obiettivi													
Prov inci a	Ospedale privato	at.	Ob. 1	Ob. 2	Ob. 3	Ob. 4	Ob. 5	Ob. 6	Ob. 7	Ob.8	Ob. 9	Ob. 10	Ob. 11
PC	S.Antonino	M		X	X		X				X	X	
	Piacenza	P	X	X	X		X	X			X	X	
	S.Giacomo	R		X		X	X					X	X
PR	Città di Parma	P	X	X	X		X	X			X	X	
	Villa M. Luigia	Ps + R		X		X	X		X	X		X	X
	Val Parma	M + R		X	X	X	X				X	X	X
	Villa Igea	R		X		X	X					X	X
	Piccole Figlie	P	X	X	X		X	X			X	X	
	Cardinal Ferrari	R		X		X	X					X	X
RE	Salus spa	P	X	X	X		X	X			X	X	
	Villa Verde	P	X	X	X		X	X			X	X	
MO	Prof.Fogliani	C	X	X			X	X				X	
	Villa Rosa	Ps		X			X		X	X		X	
	Villa Igea	Ps + R		X		X	X		X	X		X	X
	Pineta di Gaiato	M + R		X	X	X	X				X	X	X
	Villa Fiorita Hippocr.	P	X	X	X		X	X			X	X	
BO Città	Villa Erbosa	P + R	X	X	X	X	X	X			X	X	X
	Nigrisoli	P + R	X	X	X	X	X	X			X	X	X
	Ai Colli	Ps		X			X		X	X		X	
	Villa Baruzziana	Ps		X			X		X	X		X	
	Villa Bellombra	R		X		X	X					X	X
	Villa Laura	P	X	X	X		X	X			X	X	
BO Sud	Villa Chiara (*)	P/Ps	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
	Prof.Nobili	P	X	X	X		X	X			X	X	
FE	Quisisana	M		X	X		X				X	X	
	Salus	P	X	X	X		X	X			X	X	
RA	Domus Nova	P	X	X	X		X	X			X	X	
	S.Francesco	P	X	X	X		X	X			X	X	
	S.Pier Damiano	P + R	X	X	X	X	X	X			X	X	X
	Stacchini	R		X	X	X	X				X	X	X
	Villa Azzurra	Ps		X			X		X	X		X	
FO	Villa Igea	P	X	X	X		X	X			X	X	
	Villa Serena	P + R	X	X	X	X	X	X			X	X	
Ces ena	Malatesta Novello	P	X	X	X		X	X			X	X	
	S.Lorenzino	P	X	X	X		X	X			X	X	

RN	Villa Maria	P	X	X	X		X	X			X	X		
	Sol et Salus	P + R	X	X	X	X	X	X			X	X		
	Villa Salus	R		X		X	X					X	X	
	Prof.Montanari	P	X	X	X		X	X			X	X		
	Legenda:													
	P= polispecialistici													
	Ps= psichiatrici													
	M= medici													
	C= chirurgici													
	R= riabilitativi													
	(*) Villa Chiara partecipa separatamente al fondo "generale" e a quello della psichiatria, pertanto gli obiettivi da raggiungere sono 3 come ospedale polispecialistico e 2 come ospedale psichiatrico.													

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 novembre 2004, n. 2404

Recepimento dell'Accordo contratto integrativo tra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati (fascia A) per la fornitura di prestazione di alta specialità anni 2004-2005-2006

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate le proprie deliberazioni:

- 2054/01 con la quale veniva approvato l'Accordo generale per il triennio 2001-2003 tra la Regione Emilia-Romagna e la associazioni della ospedalità privata in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture private accreditate, nel quale la Parte I, di definizione della regole generali, veniva estesa come validità anche agli ospedali privati di fascia A;
- 2132/01 con la quale veniva approvato l'Accordo fra la Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati di fascia A per la fornitura di prestazioni di alta specialità per gli anni 2001-2003;
- 2736/03 con la quale veniva approvato l'Accordo integrativo valevole per l'anno 2003, che si era reso necessario anche alla luce delle modifiche della casistica trattata, in particolare relativamente ad una maggior diffusione in ambito cardiologico e cardiocirurgico delle tecniche di approccio meno invasive in sostituzione di quelle chirurgiche tradizionali;
- 2403/04 con la quale si è provveduto ad autorizzare l'Assessore alla Sanità alla sottoscrizione dell'accordo di carattere generale fra la Regione Emilia-Romagna e le rappresentanze regionali della ospedalità privata (AIOP ed ARIS) per il triennio 2004-2006, la cui Parte I contiene tutti gli aspetti regolamentari generali, validi per tutti gli ospedali privati associati alle associazioni firmatarie compresi pertanto gli ospedali di alta specialità, mentre demanda a specifico accordo integrativo i contenuti di tipo prestazionale ed economico;

considerato che i suddetti accordi specifici, di regolamentazione dell'erogazione dell'attività di alta specialità sono andati a naturale scadenza il 31/12/2003, per cui si ritiene necessario addvenire ad un nuovo accordo che regolamenti la fornitura delle prestazioni in oggetto per gli anni 2004, 2005 e 2006, allinearsi all'accordo generale sopra citato e recependo, in un'ottica di integrazione negoziata e consensuale, alcune necessarie modifiche, anche in relazione ai cambiamenti tecnico-scientifici avvenuti in tale settore di attività. In particolare:

1. la riorganizzazione interna dei gruppi di prestazioni individuati nell'accordo allegato al presente atto;
2. la classificazione dei gruppi di cui al punto 1, in ordine decrescente di rilevanza;
3. la nuova valutazione dei fabbisogni effettuata dall'apposita Commissione cardiocirurgica come punto di riferimento del livello produttivo necessario per gli anni 2004 e 2005, salvo l'emergere di nuove indicazioni scientifiche;
4. la ridefinizione delle tariffe per le prestazioni di cui al presente accordo;
5. il coinvolgimento degli ospedali privati accreditati di fascia A nell'avvio del percorso di accreditamento istituzionale così come previsto dal DLgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, sulla base delle indicazioni regionali contenute nella L.R. 34/98, nella delibera di Giunta regionale 23 febbraio 2004, n. 327 e nella determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 26 luglio 2004, n. 10256;
6. l'impegno a riconoscere agli ospedali privati gli interventi effettuati oltre la metà del fabbisogno di cui al precedente punto 3, comunque entro il tetto complessivo del fabbisogno regionale a fronte di una produzione del comparto pubblico che non raggiunga i limiti fissati dalla programmazione;
7. la invalicabilità dei sub budget per i gruppi di prestazioni di cui al punto 1 che vanno dall'1 bis al 4.3, così come classifi-

cati nell'accordo allegato al presente atto;

8. la definizione di un meccanismo di travasabilità di eventuali non utilizzi di sub budget che, essendo i gruppi classificati in ordine decrescente di rilevanza dall'alto verso il basso, preveda la possibilità di utilizzare appieno i budget non esauriti dall'alto verso il basso, mentre, in senso inverso, il travaso di risorse può avvenire in un limite massimo dell'11%;

considerato che l'accordo-contratto allegato alla presente deliberazione quale parte integrante, persegue l'obiettivo di favorire il processo di integrazione negoziata e consensuale per il miglior utilizzo delle risorse esistenti nel rispetto sia dei mezzi finanziari complessivamente disponibili, che delle previsioni della pianificazione regionale applicabili ai soggetti pubblici e privati;

ritenuto pertanto opportuno approvare il testo allegato dell'accordo-contratto in materia di prestazioni di alta specialità;

dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale alla Sanità e Politiche sociali, dott. Franco Rossi, ai sensi dell'art. 37, quarto comma della L.R. 43/01 e della deliberazione della Giunta regionale 447/03;

su proposta dell'Assessore alla Sanità;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) di approvare l'accordo-contratto, allegato alla presente deliberazione quale parte sostanziale integrante, per la regolamentazione dei rapporti di fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità per gli anni 2004, 2005 e 2006, per quanto concerne la parte tecnico normativa e con validità biennale (per gli anni 2004-2005) per quanto riguarda la parte economica;

2) di dare mandato all'Assessore regionale alla Sanità alla sottoscrizione dell'accordo con i rappresentanti legali delle Case di Cura private Villa Maria Cecilia di Cotignola, Villa Salus di Reggio Emilia, Hesperia Hospital di Modena e Villa Torri di Bologna ed il Presidente dell'AIOP regionale;

3) di ribadire che tale accordo è parte integrante del sistema degli accordi regionali in materia di acquisizione di prestazioni ospedaliere e che, per gli ospedali privati di fascia A, valgono le regolamentazioni generali definite nella Parte I dell'"Accordo generale tra Regione Emilia-Romagna e AIOP e ARIS Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata - Triennio 2004-2006".

ACCORDO - CONTRATTO

Regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna/ospedali privati accreditati (fascia A) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2004, 2005, 2006

Tra la Regione Emilia-Romagna, nella persona dell'Assessore regionale alla Sanità arch. Giovanni Bissoni e gli ospedali privati accreditati Hesperia Hospital di Modena, Villa Maria Cecilia di Cotignola (RA), Villa Salus di Reggio Emilia e Villa Torri di Bologna, rappresentate dall'AIOP regionale nella persona del rag. Lorenzo Orta, di seguito chiamate anche solo "parti", e dai legali rappresentanti pro-tempore delle singole strutture.

Premesse

- A) Tra le parti si sono resi vigenti accordi a partire dal triennio 98/2000 aventi ad oggetto le prestazioni erogabili dagli ospedali privati accreditati di alta specialità operanti in regione, in ottemperanza di quanto previsto dall'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- B) la presente intesa accoglie i risultati dei lavori della Commissione mista prevista dagli accordi precedenti e sostituisce integralmente la precedente disciplina pattizia per la materia specifica;

C) la presente accordo di alta specialità si applica quanto specificato nella Parte I dell'accordo generale Regione Emilia-Romagna e AIOP e ARIS, in quanto parte comune di regolamentazione dei rapporti fra Regione Emilia-Romagna e ospedali privati.

Tutto ciò premesso

si conviene:

- di considerare la presente intesa quale atto conseguente al sistema degli accordi con i produttori prefigurato dalla DGR n. 426 dell'1/3/2000; in particolare trattandosi di funzioni a valenza regionale la presente intesa si qualifica come accordo-contratto per le prestazioni alta specialità valevole per tutti i produttori privati classificati come ospedali di fascia A accreditati della regione e per tutti i residenti della stessa;
- che la presente intesa ha durata triennale per la parte normativa e biennale per la parte economica;
- che la presente intesa è da considerarsi valevole come sostitutiva dei rapporti di commissioning/fornitura anche locali per le prestazioni oggetto di accordo di seguito specificate ed erogate da strutture private di fascia A. Sono comunque auspicabili accordi locali che entrino nel merito delle diverse organizzazioni territoriali e dei bisogni di area, anche per una maggiore integrazione dei servizi. In considerazione della valenza sovra aziendale delle prestazioni di cui trattasi e delle strutture firmatarie il presente accordo, eventuali accordi locali, da considerarsi integrativi del presente accordo, devono essere previsti in un'ottica di area vasta.

1) Tipologia delle prestazioni contrattate

Le prestazioni oggetto del presente accordo sono quelle di seguito specificate e suddivise in 5 categorie individuate secondo un ordine decrescente di rilievo ed importanza rispetto agli obiettivi della programmazione ospedaliera:

Cardiologia medico-chirurgica e malattie toraco-vascolari (con esclusione delle prestazioni pediatriche)

- 1) DRG fondamentali: 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 483
- 1bis) DRG collaterali al primo gruppo di particolare rilievo: 112, 124, 125
- 2) DRG: 005, 115, 116, 117, 118 pace maker, 478, 479 PTA, 315, 14, 15, 130, 443, 131 ed altri della MDC 5
- 3) DRG collegati all'emergenza: 127, 140, 120, 121, 122, 123, 129
- 4)
 - 4.1: DRG collaterali al primo gruppo: 415, riabilitativi (132, 133, 135, 136 ed altri DRG della MDC 5 se dimessi da reparti codice disciplina 56), 418 e 440
 - 4.2: DRG 119
 - 4.3: Neurochirurgia (DRG chirurgici della MDC 1 con esclusione del DRG 006 decompressione del tunnel carpale); vengono inclusi per corretta pertinenza i DRG 214 e 215.

Occasionalmente si potranno determinare anche altri DRG non appartenenti alle MDC 1 e 5, diversi da quelli sopra elencati; in tale evenienza per poter procedere alle validazioni le SDO dovranno essere certificate dall'Assessorato come coerenti con le necessità di ricovero presso le unità operative accreditate di alta specialità.

Nel presente accordo non rientrano le prestazioni fornite dall'ospedale privato Villa Maria Cecilia di Gamma Knife, anche se rientranti nell'MDC 1, in quanto oggetto di specifico accordo.

2) Valutazione dei fabbisogni

L'apposita Commissione ha proceduto, nel corrente anno, alla ridefinizione dei fabbisogni in relazione soprattutto ai mutati approcci di trattamento della sindrome coronarica acuta, che sta determinando un incremento di utilizzo dell'angioplastica coronarica e la riduzione degli interventi di by-pass aorto-coronarico. La Commissione ha valutato che la riduzione dell'attività di by-pass (calcolata nel 10% annuo per

il prossimo triennio) non sarà compensata dall'incremento del numero di interventi alle valvole cardiache e aorta toracica, per cui si dovrebbe registrare un trend complessivo in riduzione dell'attività cardiocirurgica mantenendo l'azzeramento sostanziale dei tempi di attesa.

Sulla base delle considerazioni sopra sintetizzate è stato definito il fabbisogno per valvole e by-pass, per il triennio 2004-2006, rispettivamente pari a: 3.370 interventi per il 2004, 3.250 per il 2005 e 3.050 per il 2006; un andamento stazionario per le procedure di emodinamica diagnostica ed un incremento del 30%, rispetto al 2003, dell'attività di angioplastica coronarica di cui circa l'80% in condizioni di urgenza (ptca primaria e salvavita). Tale fabbisogno risulta coperto dalle strutture, pubbliche e private, attualmente operanti nel territorio della regione Emilia-Romagna.

Sulla base delle considerazioni su riportate appare ragionevole una rivalutazione in riduzione del numero di interventi di gruppo 1 per il prossimo triennio.

3) Accreditamento - Fascia

Gli ospedali privati di alta specialità della regione Emilia-Romagna, accreditati sulla base del protocollo di accreditamento volontario (protocollo d'intesa del 16/7/1996 recepito con DGR 2001/96), sono funzionali, stante la loro attività, alla copertura del fabbisogno di cui al punto precedente. A partire dal 2004, parteciperanno al percorso di accreditamento istituzionale, così come previsto dal DLgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, sulla base delle indicazioni regionali contenute nella L.R. 34/98, nella delibera di Giunta regionale 23 febbraio 2004, n. 327 e nella determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali del 26 luglio 2004, n. 10256.

Gli ospedali privati di alta specialità sono equiparati agli stabilimenti ospedalieri di fascia A.

4) Fornitura prestazioni triennio 2004/2006 e tariffe

4.1) Gruppo 1

Tale gruppo contiene i cosiddetti DRG fondamentali, per i quali, coerentemente con quanto previsto nella valutazione di fabbisogno, per cittadini residenti in Emilia-Romagna, definito solo su una parte dei DRG che compongono il gruppo 1, viene stabilito un tetto complessivo di produzione (comparto pubblico più comparto privato) di 4.300 casi per il 2004 e di 4.200 casi per il 2005.

Il riferimento produttivo del comparto privato viene identificato nel 50% del fabbisogno definito, comprensivo dell'attività in elezione e in emergenza, fatto salvo quanto di seguito stabilito in merito al recupero della mobilità passiva extra regionale e fatti salvi eventuali ulteriori interventi preventivamente richiesti dal committente regionale anche con riferimento al monitoraggio delle liste di attesa.

In particolare il tetto di 4.200 interventi per il 2005 verrà monitorato con particolare attenzione dalla Commissione in relazione all'andamento reale del fabbisogno per valvole e by-pass aorto-coronarico, all'avverarsi della conseguente riduzione del trend complessivo della domanda ed alla eventuale insorgenza, nel periodo di applicazione del presente accordo, di pratiche cliniche innovative.

Qualora la produzione dell'intero comparto pubblico-privato non raggiunga i limiti fissati, le strutture aderenti al presente accordo possono svolgere attività in esubero rispetto al 50% dei casi sopra attribuito, ma comunque sempre entro il limite complessivo.

Per tale gruppo di prestazioni, le strutture private accreditate ribadiscono il proprio impegno ad una programmazione della propria attività, nel rispetto dei seguenti parametri generali:

- orientamento all'ambito territoriale come già delineato per la risposta all'emergenza (bacini di utenza proporzionati quindi alla popolazione di tali ambiti);
- livelli di attività accreditati a ciascuna struttura dalla Com-

missione Regione Emilia-Romagna in rapporto ai requisiti posseduti;

- capacità produttiva dimostrata da ogni struttura con l'attività storica svolta.

Nell'ambito dei volumi complessivi sopra definiti, si dà atto della proposta distributiva formulata dall'AIOP e dagli Ospedali privati accreditati, proposta che diventa il riferimento per le eventuali applicazioni individuali di penalità:

		2004	2005
Hesperia Hospital	casi	661	645
Salus	casi	430	420
Villa Maria Cecilia	casi	798	780
Villa Torri	casi	261	255
Totale	casi	2.150	2.100

(*) : tali totali non tengono conto delle PTCA conteggiabili nel gr. 1 come illustrato di seguito (punto 4.2).

La ripartizione dei casi eventualmente non prodotti dal comparto pubblico a copertura dei casi prodotti in esubero dal privato verrà effettuata in parti uguali tra le quattro strutture private, anche per quanto riguarda le implicazioni derivanti dalla suddivisione del limite budgettario di cui in seguito.

Fermo restando quanto sopra definito in termini di limiti numerici di prestazioni, viene individuato per il gruppo 1 un limite di spesa invalicabile pari a Euro 37.425.089, derivante per il 2004 da una stima dell'importo medio per prestazione pari a Euro 15.558,15 ("valore medio stimato") oltre alla separata valorizzazione delle 116 ptca eventualmente conteggiati nel gr. 1; per il 2005 sia il tetto di spesa che il valore medio massimo per prestazioni vengono incrementati del 4%.

Il rientro in tale limite di spesa avverrà tenendo conto di un tetto individuale composto dalla somma tra la valorizzazione, in termini di valore medio stimato, dei casi come sopra assegnati e di quelli derivanti dalla mancata produzione del pubblico, e secondo criteri rigidamente proporzionali alle dimensioni dell'esubero da parte di ognuno.

Indipendentemente da tale valore medio stimato, le tariffe DRG specifiche applicate dagli ospedali privati di alta specialità per i cittadini dell'Emilia-Romagna, per le prestazioni rientranti nel gruppo 1, vengono incrementate del 3% rispetto alle tariffe del 2003, per quanto riguarda l'anno 2004; per il 2005 si concorda fin da ora di definire le tariffe da utilizzare per la valorizzazione di detta attività dalle strutture firmatarie il presente accordo, come pari a quelle definite in sede di deliberazione tariffaria regionale scontate del 10%. In assenza di un adeguamento tariffario regionale pari almeno al 3% per l'anno 2004 ed al 4% per l'anno 2005, la tariffa di riferimento per il calcolo dello sconto del 10% sarà quella pubblica del 2003 adeguata del 3% ed in seguito del 4%.

4.2) Gruppo Ibis

Il budget per questo gruppo di prestazioni viene fissato per l'anno 2004 in Euro 7.900.562. Il tetto di budget per tale gruppo è stato definito incrementando, in linea con quanto previsto in sede di fabbisogno, dell'11% il fatturato 2003 per prestazioni di PTCA e del 3% la differenza fra tale fatturato e il budget 2003 del gruppo 1 bis. L'incremento corrispondente all'11% del fatturato 2003 viene suddiviso in parti uguali tra le quattro strutture.

Vengono incrementate le tariffe dei DRG 124 e 125 del 3% e del DRG 112 dell'8%, rispetto alle tariffe del 2003 applicate per tali prestazioni dagli ospedali privati firmatari del presente accordo.

Per quanto concerne il DRG 112 questo può essere conteggiato, con il limite massimo di 116 casi complessivi e di 29 casi per struttura, anche nel gruppo 1. Il conteggio nel gruppo 1 del DRG 112 avviene con una proporzione di 1 a 2,5: ogni 2,5 angioplastiche viene incrementato il n. di casi del gruppo 1 di una unità equivalente del DRG 106.

Per l'anno 2005 si concorda fin d'ora di incrementare il budget 2004 del 4%; analogamente le tariffe dei DRG 124 e

125 vengono incrementate del 4%. La tariffa del DRG 112 viene invece definita a partire dalla tariffa di cui alla corrente delibera regionale scontata del 10%. Resta valido anche per il DRG 112 quanto concordato nell'ultimo periodo del precedente paragrafo 4.1 (adeguamenti del 3% e del 4%).

Le parti concordano sulla opportunità di procedere alla massima integrazione tra le cardiologie pubbliche e private, tenuto conto delle considerazioni svolte dalla Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale nel documento sul fabbisogno, delle linee di programmazione regionale ("La rete integrata di servizi - Hub & Spoke - Cardiologica e Cardiocirurgica").

I piani cardiologici provinciali, formulati con la partecipazione ai gruppi di lavoro di operatori incaricati dalle strutture pubbliche e private di riferimento territoriale, valuteranno il ruolo delle strutture private di alta specialità per la copertura del fabbisogno complessivo di attività di angioplastica coronarica definiti dagli stessi coerentemente con le specifiche linee guida regionali per il trattamento della sindrome coronarica acuta e favoriranno la stesura di protocolli operativi condivisi.

4.3) Gruppi dal 2 al 4.2

Viene concordato un incremento di budget del 3% per l'anno 2004 rispetto a quello concordato per il 2003 dagli ospedali privati firmatari del presente accordo e di un ulteriore 4% per il 2005. Analoghi incrementi vengono adottati per le relative tariffe. Per le prestazioni riabilitative MDC specifiche si applicano le tariffe di cui alla deliberazione regionale in corso di validità.

4.4) Gruppo 4.3

Viene concordato un budget di Euro 1.109.100 per l'anno 2004, adeguato del 4% per il 2005. Incrementi analoghi a quelli previsti al precedente paragrafo 4.3 vengono adottati per le relative tariffe. Una quota pari a Euro 300.000 deve essere finalizzata, a partire dal 2005, a programmi di riduzione delle liste d'attesa per interventi di ernia discale, sviluppati in maniera integrata con le strutture pubbliche con lunghe liste d'attesa.

5) Funzionamento dei budget

I sub-budget di cui sopra (dall'1 bis al 4.3) sono invalicabili; gli abbattimenti, per le singole strutture, in caso di superamento, dovranno avvenire in maniera proporzionale agli sconfinamenti individuali rispetto ai limiti per struttura calcolati sulla base della media dei fatturati 97 e 98 delle strutture (per V. Torri si tiene conto, come concordato nella precedente intesa, di un fatturato presunto) rispetto ai budget affidati a ciascun gruppo di attività, secondo i criteri riportati nella tabella allegata al presente accordo (Allegato 2).

Essendo detti sub-budget classificati in ordine decrescente di rilevanza, eventuali sottoutilizzi potranno alimentare, antecedentemente al calcolo delle penalità di cui al punto precedente, dal basso verso l'alto i sub-budget superiori, ad esclusione del 4.2), fino al gruppo 1; in senso inverso (dall'alto verso il basso, sempre con esclusione del 4.2) il travaso di risorse tra comparti non utilizzati potrà avvenire, sempre dall'1 in poi, con un limite massimo dell'11% (ex.: il gruppo 2 e 3, ipotizzato pari a 2,2 mil.ni di Euro e non utilizzato per 300.000 Euro, potrà alimentare il 4.1, o se non capiente, il 4.3 per non più di 242.000 Euro, pari all'11% di 2,2 mil.ni). Tali travasi avverranno con ricadute individuali sui budget proporzionali ai budget di provenienza.

All'interno dei DRGs 110 e 111 sono inevitabilmente ricompresi in forza dei codici di codifica delle diagnosi e delle procedure adottati, anche interventi che riguardano patologie dell'aorta addominale e procedure di impianto del contropulsatore (in assenza di procedura cardiocirurgia e/o assistenza ventricolare, ecc.). Al fine di evidenziare nel gr. 1 "DRG Fondamentali" solo gli interventi prettamente cardiocirurgici che riguardano l'aorta ascendente, l'arco aortico e/o l'aorta toracica si propone di conteggiare i DRG 110 e 111 negli altri gruppi da 1 bis a 4.1, valorizzandoli all'interno dei sub-budgets assegnati.

Saranno invece mantenuti nel gr. 1 i DRGs 110 e 111 con codici diagnosi: 441.01 – 441.03 – 441.1 – 441.2 – 441.6 – 441.7, con gli idonei codici di procedura. I DRG 110 e 111, non contraddistinti dalle predette diagnosi, potranno pertanto, in sede di consuntivo, essere classificati dalle singole strutture indifferente-mente tra quelli del gr. 1 o tra quelli di uno degli altri gruppi dall'1 bis al 4.1, restando invariati i limiti assegnati ad ogni sub-budget.

Si applica inoltre quanto stabilito al punto 2 della lettera dell'Assessorato regionale alla Sanità del 31/7/2000, prot. n. 30991/OSP, vale a dire la possibilità che, fermo restando il vincolo economico del sub-budget 1 bis (DRG collaterali al primo gruppo di particolare rilievo) assegnato ad ogni singola struttura, gli ospedali privati utilizzino parte di tale sub-budget per attività di angioplastica vascolare periferica con o senza stent, con codici di codifica delle procedure 39.50 e 39.90, che sviluppano i DRG 478, 479, 315, 005.

6) Recupero mobilità extra regionale

Qualora si verifichi un recupero di mobilità passiva extra regionale, questo si rifletterà economicamente per ogni anno del triennio sui budget dei settori interessati, ciascuno separatamente. Poiché non è materialmente possibile calcolare quanta parte dell'eventuale recupero sia da addossare al settore privato o pubblico, si stabilisce che al privato sia forfettariamente attribuita una quota dell'eventuale recupero finanziario, registrato sul monte attività che compone ciascun sotto-budget e verificatosi rispetto all'anno precedente, pari alla percentuale di attività svolta dalle strutture sanitarie private, misurata come numero di ricoveri, a favore di cittadini residenti in Emilia-Romagna sul totale delle attività svolte a carico del SSN dal complesso delle strutture regionali, pubbliche e private, che forniscono le prestazioni oggetto del presente accordo.

La eventuale quota di budget legata al recupero di mobilità non viene storicizzata: il peggioramento del fenomeno della mobilità nell'anno successivo porta automaticamente ad un de-

cremento del budget non superiore alla quota predetta.

7) Incompatibilità

Si applica tutto quanto previsto dall'accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e l'AIOP e l'ARIS al punto A.6).

8) Liste di attesa

Le parti si impegnano inoltre a continuare l'opera di monitoraggio delle liste d'attesa per ricoveri di cardiocirurgia coordinato centralmente dall'Agenzia sanitaria regionale. La documentazione clinica ed i dati forniti da ciascuna struttura, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Agenzia sanitaria regionale, dovrà pertanto essere adeguatamente esaustiva in modo da consentire la valutazione dei tempi di attesa e la valutazione della appropriatezza clinica degli interventi erogati e degli esiti clinici raggiunti, in accordo con le indicazioni di cui al programma di accreditamento istituzionale della Regione Emilia-Romagna.

9) Controlli e tempistica dei controlli

Vale quanto previsto dall'accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e l'AIOP e l'ARIS al punto A.4.2) e A.4.3).

Allegati:

1. tabella con la definizione dei budget 2004 e 2005;
2. schema di funzionamento dei limiti di budget nei gruppi da 1 bis a 4.3.

Bologna,

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ
Giovanni Bissoni

L'AIOP REGIONALE
Lorenzo Orta

e per gli ospedali privati accreditati:

Hesperia Hospital

Salus

Villa Maria Cecilia

Villa Torri

(segue allegato fotografato)

allegato 1

Budget anni 2004 e 2005

Gruppo 1	2004	2005
limite di spesa interventi gr.1	36.732.800	38.202.112
n. PTCA trasportabili nel gruppo 1 con rapporto 1 a 2,5	116	
valore PTCA gruppo 1	692.300	719.992
Totale valore max gruppo 1	37.425.100	38.922.104
Gruppo 1 bis	7.900.500	8.216.520
Gruppi 2 e 3	2.211.500	2.299.960
GRUPPO4.1	1.726.100	1.795.144
DRG 119 GR. 4.2	269.700	280.488
Neuroch. GR.4.3	1.109.100	1.153.464
Totale gr da 1bis a 4.3	13.216.900	13.745.576
Budget alta specialità	50.642.000	52.667.680

Allegato n.2															
SCHEMA DI FUNZIONAMENTO DEI LIMITI DI BUDGET NEI GR.															
DA 1 BIS A 4.3															
ANNO 2004	VILLA MARIA CECILIA			SALUS - RE			HESPERIA HOSPITAL			VILLA TORRI					
GRUPPI	BUDGET ANNO 2004	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2004	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2004	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2004	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2004	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2004	TOTALE			
GRUPPO 1 BIS	7.900.500	52,99	4.186.156,51	1,77	139.617,67	38,87	3.071.176,07	6,37	503.549,76			7.900.500,00			
GRUPPO 2-3	2.211.500	42,06	930.212,66	3,73	82.577,45	29,68	656.321,94	24,53	542.387,95			2.211.500,00			
GRUPPO 4.1	1.726.100	75,84	1.309.037,66	0,90	15.495,11	2,39	41.212,55	20,88	360.354,69			1.726.100,00			
GRUPPO 4.2	269.700	18,70	50.420,69	8,45	22.801,09	56,96	153.614,40	15,89	42.863,82			269.700,00			
GRUPPO 4.3	1.109.100	100,00	1.109.100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00			1.109.100,00			
TOTALE	13.216.900		7.584.927,51		260.491,32		3.922.324,96		1.449.156,21			13.216.900,00			
ANNO 2005	VILLA MARIA CECILIA			SALUS - RE			HESPERIA HOSPITAL			VILLA TORRI					
GRUPPI	BUDGET ANNO	%	LIMITE INDIVIDUALE	%	LIMITE INDIVIDUALE	%	LIMITE INDIVIDUALE	%	LIMITE INDIVIDUALE	%	LIMITE INDIVIDUALE	TOTALE			

<ul style="list-style-type: none"> ▪ tale calcolo opererà fino al rientro del fatturato complessivo di ogni gruppo ai limiti di cui sopra; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ex.: per il gruppo 1 bis, in caso di produzione ulteriore per 1 mil.ne rispetto al budget di gruppo ipotizzato in € 8 mil.ni, essendo le medie produttive dei soggetti A, B, C, D, pari rispettivamente a 12%, 30%, 40%, 18% ed essendo pertanto le quote produttive massime pari a mil.ni 0,960 - 2,400 - 3,200 - 1,440, si procederà alla riduzione dei fatturati ulteriori rispetto ai limiti individuali in proporzione allo sconfinamento individuale; 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ l'attività relativa al gruppo 1 bis rappresenta inoltre l'attività di maggior interesse regionale, tra quelle sottoposte a budget fisso e tariffa variabile. 					

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 dicembre 2004, n. 2642

Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della regione Emilia-Romagna applicabili a decorrere dall'1/1/2004

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate la propria deliberazione 2169/03, con la quale si è provveduto alla determinazione delle tariffe di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della regione Emilia-Romagna per l'anno 2003;

tenuto presente che ai sensi dell'art. 8 sexies del DLgs n. 502 del 30/12/1992 così come modificato dal DLgs n. 229 del 19/6/1999 di riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23/10/1992, n. 421:

- a) la remunerazione delle attività assistenziali, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day-hospital, è determinata in base a tariffe predefinite (comma 4);
 - b) i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta (comma 3);
 - c) il Ministero della Sanità, sentita l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare, determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, e stabilisce i criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse (comma 5);
 - d) con la stessa procedura di cui alla lettera precedente sono effettuati periodicamente le revisioni del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi (comma 6);
 - e) il Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentita l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in regioni diverse da quelle di residenza (comma 8);
- considerato:
- che la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 31 marzo 2004 ha licenziato il "Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria" nel quale, fra le altre cose, è stata inserita la "Tariffa Unica Convenzionale per le Prestazioni di Assistenza Ospedaliera" (TUC), concordata in sede tecnica e approvata dagli Assessori regionali alla sanità, da utilizzare per la mobilità sanitaria interregionale per i dimessi a far corso dall'1 gennaio 2004;
 - che la TUC rappresenta la tariffa univoca su tutto il territorio nazionale per prestazioni fornite in situazioni di mobilità interregionale, sviluppata sulla base di criteri generali di ap-

proprietezza delle prestazioni di ricovero rese in mobilità interregionale;

- che le tariffe definite dalla Regione Emilia-Romagna per le prestazioni ospedaliere utilizzando strumenti di specifica analisi economica, mantengono la loro intrinseca validità;
- che il DH medico è sempre più sostituito dal Day Service, quale livello di erogazione delle prestazioni maggiormente appropriato, non si ritiene opportuno procedere a variazioni tariffarie delle prestazioni erogate in regime di day hospital medico per l'anno 2004, e fin da ora si prevede una sostanziale revisione tariffaria in senso riduttivo per l'anno 2005 per tali prestazioni;

ritenuto:

- di procedere, in collaborazione con le Aziende, alla identificazione di quelle attività i cui costi di produzione si rivelano critici e di adeguare il valore medio delle tariffe ospedaliere a quanto previsto in sede di definizione degli obiettivi economici in materia di spesa sanitaria regionale, vale a dire nel limite incrementale del 3%, inteso in maniera complessiva e non specifico di ciascuna tariffa, limite ritenuto compatibile con i vincoli di cui al DPEF 2004-2006;
- di definire le tariffe massime per la remunerazione delle attività di ricovero per cittadini residenti in Emilia Romagna e per cittadini stranieri per l'anno 2004 come specificato negli Allegati nn. 3.1, 3.2, 3.3 e 6;

ritenuto inoltre di specificare quanto segue:

Regime ordinario

1. Tariffe massime come da Allegati nn. 3.1 e 3.2.

2. Non sono oggetto di variazione tariffaria i 51 DRG individuati nella DGR 1872/04 per la definizione delle soglie di appropriatezza di cui all'Allegato 2C del DPCM 29/11/2001 (elenco all'Allegato n. 4), i ricoveri medici di un giorno che restano pari a Euro 124,47, ad eccezione dei ricoveri di 1 giorno attribuiti ai seguenti DRG:

- 124 M-Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata
- 125 M-Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e senza diagnosi complicata
- 373 M-Parto vaginale no CC
- 323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni, nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51,

la cui tariffa è pari all'80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni.

3. Stati vegetativi persistenti: la definizione di una tariffa giornaliera per i pazienti in stato vegetativo persistente è difficilmente generalizzabile e, pertanto, anche vista la esiguità numerica della casistica, necessiterebbe di una personalizzazione sui singoli casi. Pertanto, pur reputando che l'accordo specifico sul singolo caso rappresenti il percorso corretto per una traduzione in termini economici delle necessità assistenziali dei pazienti in stato vegetativo persistente, e senza pertanto incidere sugli accordi attualmente in essere, si ritiene opportuno individuare una tariffa di riferimento pro die, in considerazione delle necessità di assistenza sanitaria continuativa, dei trattamenti riabilitativi specifici e delle caratteristiche strutturali (attrezzature, ausili, spazi...), necessari per la presa in carico di tali pazienti, valida laddove le condizioni del paziente siano tali da richiederne la permanenza in ambiente ospedaliero. Rispetto a tale tariffa di riferimento gli accordi locali possono attestarsi a livelli diversi tenuto conto delle specificità dei singoli casi in relazione al profilo assistenziale. La tariffa di riferimento, in assenza di specifico accordo, per il trattamento di pazienti per i quali sia stata elaborata una diagnosi di stato vegetativo persistente viene definita pari a Euro 225,00 pro die. Per l'anno 2005 verrà effettuata una valutazione clinico-assistenziale delle diverse tipologie di pazienti in stato vegetativo persistente, al fine di definire uno o più livelli tariffari che siano maggiormente attinenti ai bisogni assistenziali rilevati. La tariffa di cui sopra, non essendo collegata ad alcun codice specifico di diagnosi, non trova la validazione in banca dati regionale, ma deve essere assicurata sul-

la base di rapporti fra le strutture invianti e riceventi, è pertanto applicabile laddove risulti chiaramente documentato dalla struttura pubblica inviante lo stato vegetativo persistente del paziente.

4. Dimessi dal cod. disciplina 47 "Grandi Ustionati": l'analisi dei costi di tale funzione ha evidenziato una notevole discrepanza fra la valorizzazione dell'attività a tariffa DRG e i costi sostenuti. Pertanto, alla luce di tale situazione ed in considerazione del ruolo che i soli due centri regionali svolgono all'interno della rete dei servizi, si ritiene opportuno passare ad una valorizzazione dell'attività per tale disciplina a giornata di degenza in quanto la classificazione e la conseguente remunerazione a tariffa DRG specifica non coglie correttamente le peculiarità del profilo di assorbimento di risorse della casistica che affinisce a tale disciplina, fissando il valore a Euro 1.751,00 a giornata per i dimessi dal cod. disciplina 47.

5. Protesi: valori aggiuntivi rispetto al DRG come da Allegato 5, con i vincoli ivi specificati.

6. Trapianti:

- DRG 42 "interventi intraoculari, eccetto retina, iride e cristallino" associato ai codici di intervento 11.6_: la tariffa viene fissata in Euro 2.375,70;
- DRG 458 "ustioni non estese con trapianto di pelle": la tariffa viene fissata in Euro 25.293,71, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);
- DRG 472 "ustioni estese con intervento chirurgico": la tariffa viene fissata in Euro 39.647,87, per i dimessi da discipline diverse dal cod. 47 limitatamente ai presidi in cui è presente l'attività dei Centri Grandi Ustionati (cod. disciplina 47);
- DRG 191 "interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc" associato ai cod. di intervento 52.82 o 52.80: la tariffa viene fissata in Euro 22.522,26;
- DRG 192 "interventi su pancreas, fegato e di shunt no cc" associato ai cod. di intervento 52.82 o 52.80: la tariffa viene fissata in Euro 16.991,03;
- trapianto di intestino isolato: la tariffa viene fissata in Euro 169.160,29. Tale tariffa è applicata ai casi attribuiti ai DRG 148 e 149 se associati ai codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 46.99 e 45.8 e al codice di diagnosi secondaria V.42.8 per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliere di Modena o di Bologna;
- trapianto multiviscerale: la tariffa viene fissata in Euro 243.899,35. Tale tariffa è applicata ai casi con codici di intervento, copresenti nella medesima scheda, 45.63, 45.8, 46.99 associati ad almeno uno dei seguenti codici 43.99, 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliere di Modena o di Bologna indipendentemente dal DRG di dimissione;
- trapianto di rene e pancreas: la tariffa viene fissata pari a Euro 65.027,00. Tale tariffa è applicata ai casi con codice di intervento 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati al DRG 302;
- trapianto di rene e cuore: la tariffa viene fissata pari a Euro 80.889,69. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 55.69 + 37.5 associati ai DRG 103 o 302;
- trapianto di rene e fegato: Euro 100.652,9. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 55.69 + 50.59 associati al DRG 480;
- trapianto di fegato e cuore: Euro 110.966,1. Tale tariffa è applicata ai casi con codici intervento 50.59 + 37.5 associati al DRG 480.

Le tariffe sopra fissate, così come le tariffe per i trapianti di cuore, DRG 103, polmone, DRG 495, rene, DRG 302, fegato, DRG 480 e midollo, DRG 481, presenti nell'Allegato n. 3.1, sono quelle da porre in mobilità da parte dell'Azienda sede di intervento verso l'Azienda di residenza del paziente ricevente l'organo o il tessuto. Nel provvedimento di finanziamento complessivo della funzione trapianti saranno specificate le modalità di rimborso da riconoscere alle Aziende che effettuano attività di procurement e alle Aziende sede di banche da parte delle Aziende che effettuano i trapianti.

Relativamente al trapianto di osso si specifica che per trapianto di osso si deve intendere l'impianto di segmenti ossei prelevati da donatore cadavere, con finalità di supporto strutturale sostitutivo in soggetti neoplastici ove siano state asportate lesioni ossee di notevoli dimensioni. In presenza del codice in diagnosi secondaria V42,4 "Osso sostituito da trapianto" e fra gli interventi principali del codice 78.0_ (ad esclusione delle sotto categorie 78.04, 78.06, 78.08) indipendentemente dal DRG che si viene ad originare alla tariffa DRG specifica, va riconosciuta un valore aggiuntivo pari ad Euro 1.797,27.

7. Area Ortopedia: valutati i costi incrementali dei materiali legati alle tecniche operatorie e considerata la criticità complessiva in termini di lista d'attesa per gli interventi chirurgici riferiti all'MDC 8, vengono incrementate del 5% tutte le tariffe dei DRG chirurgici appartenenti a tale MDC. Sono fatti salvi gli incrementi differenziati di seguito elencati. Sono individuati specifici incrementi tariffari per alcuni interventi chirurgici ed alcune diagnosi principali di dimissione relativi alla casistica ortopedica di seguito dettagliata, casistica di alta complessità e caratterizzata da costi di produzione estremamente elevati. Tali incrementi sono applicati su tutta la attività erogata in regime di ricovero ordinario dagli ospedali di fascia A in aggiunta alle tariffe specifiche previste per i singoli casi:

- codice 81.53 Revisione di sostituzione di articolazione di anca - Tariffa incrementale di Euro 7.633,23;
- codice 81.55 Revisione di sostituzione di articolazione di ginocchio - Tariffa incrementale di Euro 7.633,23;
- codice 81.04 Artrodesi dorsale approccio anteriore - Tariffa incrementale di Euro 11.362,05;
- codice 81.05 Artrodesi dorsale approccio posteriore - Tariffa incrementale di Euro 11.362,05;
- codice 81.06 Artrodesi lombare approccio anteriore - Tariffa incrementale di Euro 7.633,23;
- codice 81.07 Artrodesi lombare approcci laterali - Tariffa incrementale pari ad Euro 7.633,23;
- codice 81.08 Artrodesi lombare approccio posteriore - Tariffa incrementale di Euro 7.633,23;
- codici da 170.1 a 170.9 Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari - Tariffa incrementale di Euro 7.633,23;
- codici da 171.2 a 171.9 Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli - Tariffa incrementale di Euro 7.633,23;
- codice 83.84 "correzione di piede torto" - Tariffa incrementale paria Euro 2.127,80. Nel caso di intervento bilaterale da individuare con la ripetizione del cod. 83.84 in scheda nosologica, la valorizzazione del caso deve essere incrementata complessivamente del 50% (sommatoria del valore del DRG 225 e della tariffa incrementale sopra prevista);
- DRG 209: in considerazione del fatto che in tale DRG rientrano una serie di interventi di alta criticità in termini di lista d'attesa, e con alti costi in termini di materiali utilizzati, si ritiene opportuno creare le condizioni, anche tariffarie, per incentivare tale attività. Considerando inoltre che l'elemento di costo di particolare rilevanza in tali interventi è la protesi e che parte rilevante dell'attività viene svolta da ospedali di fascia B per i quali la tariffa era particolarmente non remunerativa ed estremamente distante dalla tariffa degli ospedali di fascia A, si ritiene opportuno tendere ad un riallineamento di tale differenza fissando le tariffe pari a Euro 9.738,58 per gli ospedali di fascia A e a Euro 8.777,74 per gli ospedali di fascia B. In presenza dei cod. intervento 81.53 e 81.55 per i soli ospedali di fascia B la tariffa viene incrementata del 10%. Per gli ospedali di fascia A vale l'importo aggiuntivo sopra definito;
- DRG 223 e 224: in considerazione dei costi legati alla metodiche chirurgiche comunemente utilizzate per gli interventi chirurgici che confluiscono in questi DRG, la tariffa per il DRG 223 viene fissata pari a Euro 2.476,1 per gli ospedali di fascia A e pari a Euro 2.259,70 per gli ospedali di fascia B, per il DRG 224 viene fissata pari a Euro 2.001,69 per gli ospedali di fascia A e pari a Euro 1.826,81 per gli ospedali di fascia B;
- intervento di sostituzione parziale o totale di spalla, cod. intervento 81.80 o 81.81: viene incrementato l'importo ag-

giuntivo per la parziale copertura del costo della protesi, che viene fissato pari a Euro 1.740,00, come da Allegato n. 6 del presente provvedimento.

Chirurgia della mano: l'attività legata a questa specialità si caratterizza per un limitato numero di DRG che ne classificano l'attività e che, pertanto, al loro interno contengono tipologie di intervento abbastanza differenziate sia per tecnica utilizzata che per complessità. Una specifica analisi dei costi mostra la necessità di intervenire dal punto di vista tariffario differenziando alcune specifiche tipologie di intervento:

- se presente in diagnosi principale il codice 728.85 "contrattura muscolare" e in diagnosi secondaria il codice 342.1_ "emiplegia spastica" o 344.0_ "tetraplegia non altrimenti classificata" in associazione con i seguenti codici di intervento, 82.57-trasposizione tendine mano o 82.56-altro trasferimento o trapianto di tendine e/o 83.19-tenotomia o miotomia e/o 83.85-allungamento tendineo, indipendentemente dal DRG di dimissione, la tariffa è pari a Euro 3.553,50;
- in considerazione del fatto che tutti gli interventi di reimpianto vengono collocati nel DRG 441-interventi sulla mano per traumatismo, in considerazione, inoltre, dei costi rilevati per gli interventi di reimpianto microchirurgico, si stabilisce che in presenza dei codici di diagnosi principale 885.0 o 885.1 o 886.0 o 886.1 associati ai codici di intervento 84.21 o 84.22 la tariffa è pari a Euro 5.047,00. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di 2.000 Euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.

8. Altri DRG chirurgici: Chirurgia della mammella per neoplasie maligne (DRG 257, 258, 259, 260): anche per questo gruppo di interventi, vista la criticità in termini di copertura dei costi e la rilevanza clinica, si incrementa la tariffa relativa, sia per gli ospedali di fascia A che per quelli di fascia B, del 10%. Restano i rimborsi per la parziale copertura dei costi di protesi di cui all'Allegato 6.

9. Alte specialità riabilitative: nelle more della piena realizzazione di quanto previsto dalla propria deliberazione 1267/02 in tema di Hub & Spoke e tenuto conto dell'analisi dei costi relativi ai pazienti in Unità spinale (cod. 28) e Riabilitazione Intensiva (cod. 56) in condizioni di elevata instabilità clinica, e che necessitano di alta intensità assistenziale in relazione al fatto che debba essere garantita loro assistenza ventilatoria, le tariffe relative ai casi trattati in modo esclusivo nei reparti suddetti (cod. 28 e cod. 56) e dimessi con codice di procedura di ventilazione meccanica assistita (cod. 96.7_) sono pari Euro 545,00, per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 28, e a Euro 457,00 per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 56 e 75; tariffe MDC specifiche per i cod. 28, 56 e 75 come da all. n. con relativi abbattimenti tariffari per i ricoveri oltre i valori soglia, con limite tariffario minimo come da punto precedente.

10. Cod. intervento 92.27 (impianto o inserzione di elementi radioattivi) o 92.28 (iniezione o istillazione di radioisotopi) associato al cod. diagnosi V 58.0 la tariffa viene fissata in Euro 8.500,00.

11. Area lungodegenza: per le attività assistenziali classificate con cod. 60 la tariffa viene fissata in Euro 143,94.

12. Ricoveri in regime ordinario con durata di degenza superiore al valore soglia: la relativa remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa "pro die" DRG specifica (All. nn. 3.1 e 3.2).

Regime di day hospital

Tariffe massime come da Allegato n. 3.3.

1. DRG chirurgici e non medici: 80% della tariffa massima prevista per i ricoveri ordinari con durata della degenza superiore a un giorno.

2. DRG medici: con 1, 2, 3 accessi tariffa forfettaria pari a Euro

124,47; resta invariata la tariffa dei DRG medici con più di 3 accessi.

3. Per i casi attribuiti ai DRG 410 M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, 409 M-radioterapia e 492 M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia:

- viene definita una tariffa ad accesso pari a Euro 300 a giornata.

Il DH oncologico deve essere rivolto a pazienti che necessitano di accertamenti diagnostici invasivi non eseguibili ambulatorialmente in assoluto o in relazione alle loro condizioni cliniche, a pazienti che eseguono chemioterapia o immunoterapia per via sistemica, a pazienti che eseguono radioterapia associata a chemioterapia, a pazienti sottoposti a terapia di supporto o palliativa che richiedono un prolungato monitoraggio.

Resta fermo che sono esclusi dal ricovero in DH oncologico gli accessi nei quali i pazienti sono sottoposti a visite di follow-up, che devono essere considerati attività ambulatoriale e valorizzati di conseguenza. Si sottolinea comunque che qualora, all'interno degli accordi di fornitura fra Aziende USL ed Aziende Ospedaliere siano previste modalità di remunerazione che tengano conto dei costi dei medicinali impiegati, l'applicazione della tariffa di cui sopra deve trovare un'armonizzazione con gli accordi di fornitura medesimi.

4. Per i casi attribuiti ai seguenti DRGs indipendentemente dal numero di accessi:

- 124M-malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata
- 125M-malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo cardiaco e senza diagnosi complicata
- 323M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia mediante ultrasuoni, nei soli casi nei quali sia riportato il codice di procedura 98.51,

80% della tariffa massima prevista per i ricoveri in ordinario di più giorni.

Ricoveri ripetuti

Per i ricoveri ordinari successivi di uno stesso paziente, dimesso da unità operative per acuti, di durata superiore a un giorno, effettuati entro 30 giorni dal primo ricovero nello stesso Presidio e classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), le tariffe sono ridotte come di seguito specificato:

1. Intervallo temporale 2-7 giorni: re-ricoveri con stessa MDC avvenuti nello stesso Presidio con finestra temporale 2-7 giorni, escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, abbattimento del 50% della corrispondente tariffa.

2. Intervallo temporale 8-30 giorni: abbattimento tariffario del 20% della corrispondente tariffa; tali abbattimenti tengono conto dei ridotti costi per procedure diagnostiche in pazienti già noti clinicamente ed hanno l'obiettivo di disincentivare comportamenti opportunistici di artificioso frazionamento degli episodi di ricovero, ad eccezione dei casi attribuiti nel primo ricovero ai DRG 257, 258, 259 e 260 che nel secondo ricovero presentino i codici di intervento 85.53 o 85.54.

3. I ricoveri ripetuti con intervallo temporale 0-1, avvenuti nello stesso Presidio, comprese le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente, non sono ricompresi fra quelli oggetto di abbattimenti tariffari in quanto essi sono oggetto di controllo obbligatorio interno, finalizzato ad evidenziare i casi nei quali si sia verificata una frammentazione dell'episodio di ricovero, per i quali l'importo relativo ad uno dei due episodi deve essere annullato.

4. Fatti salvi i casi in cui, a seguito di attività di controllo interna o esterna i singoli episodi di ricovero ripetuto si dimostrino es-

sere legati a fenomeni di frammentazione o siano ricoveri attribuiti a DRG di tipo medico aventi natura di ricovero per accertamenti preoperatori, vengono esclusi dagli abbattimenti di cui ai punti 1 e 2 le seguenti categorie di ricoveri:

- ricoveri di pazienti neoplastici (diagnosi principale codificata con i codici compresi fra il codice 140.0 e il codice 208.91 o compresi fra il codice 230.0 e il codice 239.9 o codificate con i codici V58.0 o V58.1)
- ricoveri attribuiti ai DRG 488, 489 o 490
- casi in cui il ricovero successivo sia stato attribuito ad un DRG di tipo chirurgico avente peso relativo superiore o uguale a 1,5 (vedi colonna "peso" allegati).

Assistenza psichiatrica

1. Ospedali pubblici:

- tariffa pro die per i ricoveri ordinari pari a Euro 250,00;
- tariffa per accesso ricoveri in day hospital segue la regola di cui sopra in merito ai DRG medici.

2. Ospedali privati accreditati ad indirizzo neuropsichiatrico:

- tariffa pro die per i ricoveri ordinari pari a Euro 162,70;
- tariffa per accesso ricoveri in day hospital segue la regola di cui sopra in merito ai DRG.

La tariffa di cui al punto 2 è comprensiva della presa in carico del paziente concordata con il DSM di riferimento, comprendente il percorso di pre ricovero e di post ricovero.

Sulle giornate eccedenti il sessantesimo giorno di degenza si applica la tariffa minima prevista per la lungodegenza medica, fatto salvo quanto previsto ai punti dal corrente Accordo generale tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni della ospedalità privata AIOP e ARIS.

Si ribadisce la validità di quanto previsto nella DGR 2582/02 in materia di ricoveri relativi ai disturbi del comportamento alimentare.

Prestazioni di emergenza per non residenti in Emilia-Romagna

In considerazione del fatto che il costo del servizio 118 è totalmente a carico del Fondo sanitario regionale e di quanto concordato a livello interregionale, viene definita una tariffa per gli interventi a favore di non residenti in Emilia-Romagna da addebitarsi alla Regione competente attraverso la procedura della mobilità, anche nel caso in cui l'intervento sia seguito da ricovero.

In base alla valutazione sull'incremento dei costi, così come previsto dalla DGR 2465/99, viene aggiornata la tariffa per le attività di trasporto sanitario con elisoccorso definita nella medesima deliberazione, ed in base all'analisi dei dati di contabilità analitica viene introdotta una tariffa per i trasporti con autoambulanza:

- elisoccorso attraverso il servizio 118: Euro 89,92/minuto da applicare sulla base dell'effettivo tempo di volo;

- autoambulanza attraverso il servizio 118: tariffa forfettaria per trasporto di Euro 211,15.

Sono da considerarsi trasporti di emergenza, e pertanto da rilevare al fine della mobilità, solo i trasporti che si originano per una chiamata diretta alla Centrale operativa 118 con intervento di soccorso disposto dalla Centrale stessa.

Hospice

Fermo restando quanto precedentemente stabilito dalla deliberazione della Giunta regionale 589/02, la tariffa a giornata di degenza per il ricovero in hospice é fissata pari a Euro 181.

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, comma 4, della L.R. 43/01 e della propria deliberazione 447/03, del parere di regolarità amministrativa del Direttore generale alla Sanità, dott. Franco Rossi, in ordine alla legittimità;

acquisito il parere favorevole della Commissione consiliare "Sanità e Politiche sociali" espresso nella seduta del 15/12/2004;

su proposta dell'Assessore alla Sanità;

a voti unanimi e palesi, delibera:

- di adottare la Tariffa Unica Concordata (TUC) per i dimessi a decorrere dall'1 gennaio 2004 residenti in altre regioni italiane, come da Allegato n. 2;

- di incrementare il tariffario medio complessivo del 3% delle prestazioni ospedaliere, mantenendo invariate le tariffe di 51 DRG (Allegato n. 4) e dei ricoveri medici in regime di DH, come tariffe massime per le prestazioni ospedaliere di ricovero per acuti per cittadini residenti in Emilia-Romagna e stranieri (Allegati n. 3.1, 3.2, 3.3 e 6);

- di stabilire la decorrenza delle tariffe definite nel presente atto a far data dall'1/1/2004;

- di impegnare le Aziende sanitarie e le preposte strutture regionali al mantenimento dei più stretti meccanismi di controllo sui comportamenti dei produttori pubblici e privati, al fine di prevenire eventuali fenomeni, che possono essere collegati al diverso regime tariffario, di trattamenti differenziali fra cittadini emiliano romagnoli e cittadini provenienti da altre regioni;

- di approvare l'Allegato n. 5 relativo alla definizione degli importi aggiuntivi per le attività che prevedono l'impianto di protesi;

- di dare atto che la Regione eserciterà le funzioni di controllo sulla base dei criteri definiti come dall'Allegato n. 7;

- di dare atto che gli allegati al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

- di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo degli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

(segue allegato fotografato)

Allegato 1

CLASSIFICAZIONE DEGLI STABILIMENTI OSPEDALIERI AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE DRG REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Stabilimenti ospedalieri di fascia A

080004 -PIACENZA
08003101-CIVILE - MO
08004401-IMOLA
08005301 -MAGGIORE - BO
08005302 -BELLARIA - BO
080072 -RAVENNA
08008501 -FORLI'
08009101-CESENA
08009501 -RIMINI
080902-Aosp PARMA
080903-Aosp REGGIO E.
080904-Aosp MODENA
080908-Aosp BOLOGNA
080909-Aosp FERRARA
080960-II.OO.R.

Stabilimenti ospedalieri di fascia B

08000201-CASTEL S. GIOVANNI	08004402-CASTEL S. PIETRO
08000202-BORGONOVO VAL TIDONE	080045-MONTECATONE
080003 -BOBBIO	08004901 -BENTIVOGLIO
08000601-FIORENZUOLA D'ARDA	08004902 -BUDRIO
08000602-CORTEMAGGIORE	08004903 -S. GIOVANNI IN PERSICETO
08001301-FIDENZA	08006801-COMACCHIO
08001302-S.SECONDO PARMENSE	08006803 -OSPEDALE DEL DELTA
080015 -BORGO VAL DI TARO	08006804-ARGENTA
08002101-GUASTALLA	08006805-PORTOMAGGIORE
08002102-CORREGGIO	08006806-CENTO
08002103-MONTECCHIO EMILIA	08006807-BONDENO
08002104-SCANDIANO	08006808-COPPARO
08002105 -CASTELNOVO MONTI	08006809-TRESIGALLO
08003103-CASTELFRANCO EMILIA	080079 -LUGO
08003104-CARPI	080082 -FAENZA
08003105-MIRANDOLA	08008502 -FORLIMPOPOLI
08003106-FINALE EMILIA	08008503 -S. SOFIA
08003107-SASSUOLO	08009102-CESENATICO
08003108-VIGNOLA	08009103 -BAGNO DI ROMAGNA
08003109-PAVULLO NEL FRIGNANO	08009502 -SANTARCANGELO DI ROMAGNA
08003901 -BAZZANO	080099 -CATTOLICA
08003902 -PORRETTA TERME	080100 -RICCIONE
08003903 -VERGATO	080957-CLINICHE MALATTIE NERVOSE -BO
08003904 -LOIANO	

Le case di cura private accreditate sono equiparate agli effetti tariffari, agli stabilimenti di fascia B, fatta eccezione per le case di cura private accreditate eroganti prestazioni di alta specialità che in coerenza ai contenuti dell'accordo regione/Aiop, sono equiparate agli stabilimenti di fascia A

Allegato 2

Tariffa Unica Convenzionale (TUC)

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA REGOLE E TARIFFE VALIDE PER L'ANNO 2004

La tariffa unica convenzionale per le attività di ricovero dell'anno 2004 si basa sulle tariffe determinate per il secondo semestre 2003 modificate secondo i criteri approvati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome in data 4 dicembre 2003. Considerato che l'adeguamento del tariffario è un processo dinamico e che la modifica di alcune specifiche tariffe rappresenta una esigenza di coerenza con l'evoluzione delle tecnologie e le contestuali valutazioni di appropriatezza senza tuttavia comportare un impatto modificativo e significativo sull'intero sistema, si stabilisce, in via generale, che le proposte di modifica approvate entro il 31 marzo dal Coordinamento degli Assessori avranno efficacia fin dall'anno in corso (cioè saranno inserite negli addebiti la cui scadenza è il 31 maggio dell'anno successivo). Per quanto riguarda i centri di elevata qualificazione si concorda che i centri individuati entro il 30 giugno dell'anno in corso dal punto di vista economico saranno riconosciuti a far data dal 1 gennaio dello stesso anno. La TUC non viene applicata all'attività dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù. Per la propria mobilità attiva la Provincia Autonoma di Bolzano applica le tariffe provinciali. Per l'ospedale pediatrico Gaslini di Genova è previsto un aumento del 15% su tutte le tariffe TUC ad eccezione dei DRG appartenenti all'alta complessità (già incrementati del 10%) per i quali l'incremento è del 5%.

Centri di elevata qualificazione.

I criteri enunciati nel documento dei Presidenti dovranno essere tradotti in modo operativo tramite la predisposizione di una griglia di valutazione.

Ogni Regione predisporrà, quindi, una proposta dei propri centri di elevata qualificazione secondo i criteri indicati nel documento approvato dai Presidenti in data 4.12.2003.

Viene costituito un gruppo tecnico presso la ASSR, presieduto dal Presidente della ASSR medesima e composto da un rappresentante per ogni Regione e Provincia Autonoma, che avrà il compito di predisporre la griglia di valutazione sulla base dei criteri approvati e successivamente di provvedere all'esame delle proposte delle Regioni e predisporre un elenco dei centri individuati come centri di elevata qualificazione ai fini della mobilità sanitaria. Per le prestazioni erogate dai centri di elevata qualificazione viene riconosciuto dal 1 gennaio 2004 un incremento del 5% del valore tariffario. L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica, gli eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) non devono e non sono considerati oggetto di incremento tariffario.

Aziende miste

Si concorda di esplicitare meglio la definizione di azienda mista riportata nel documento approvato dai presidenti per evitare eventuali difformi interpretazioni. Pertanto la definizione risulta essere:

Sono definite Aziende miste tutte le Aziende Ospedaliere o gli istituti (compresi gli IRCCS) in cui sia riconosciuto l'intero triennio clinico di formazione della facoltà di medicina e chirurgia. Istituti monospecialistici presso i quali insegnamenti del triennio clinico siano svolti in forma esclusiva, sulla base di apposite convenzioni, in quanto assenti presso la Azienda di riferimento del corrispondente Ateneo, rientrano nella definizione di Azienda

Mista. In tutti i casi sopramenzionati il riconoscimento deve essere supportato da delibere regionali di finanziamento per l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi delle attività assistenziali. Alle Aziende miste viene riconosciuto dal 1 gennaio 2004 un incremento tariffario del 7% per i maggiori costi assistenziali determinati dalle attività di didattica e ricerca. L'incremento tariffario viene calcolato esclusivamente sulla tariffa DRG specifica, gli eventuali ulteriori costi aggiuntivi (prelievo di organi, protesi, ecc.) non devono essere considerati oggetto di incremento tariffario.

Alta complessità

La TUC per il secondo semestre 2003 prevedeva un aumento tariffario del 10% per tutti i DRG di alta specialità (peso superiore o uguale a 2.5). Per il 2004 l'analisi ha considerato le discipline di alta specialità individuate nel DM del 1992. Il lavoro ha tenuto anche conto di quanto già attribuito alla categoria "alta specialità" dalla Tariffa Unica Convenzionale 2003. Dall'aumento tariffario sono stati esclusi 22 DRG e ne sono stati inclusi 10.

Per le attività di alta specialità: trapianti non direttamente individuati dalla classificazione DRG, alta specialità riabilitativa e protesi restano inalterate le tariffe 2003.

DRG ad alto costo

Alla tariffa calcolata per i DRG di seguito elencati andrà aggiunto il costo determinato per l'utilizzo di protesi.

DRG 112; Euro 1100,00 (codice intervento 36.06).

DRG 108; Euro 5000,00 (codice intervento 35.52).

DRG 209; Euro 1300,00 (codice intervento 81.53 oppure 81.55)

DRG 214 e 215; Euro 3500,00 (codice intervento 81.04 o 81.05 o 81.06 o 81.07 o 81.08).

43 DRG Allegato 2C DPCM 29/11/2001

Per i 43 DRG individuati sono stati attuati decrementi tariffari fino ad un massimo del 25% della tariffa DM '97 per i DRG chirurgici e fino ad un massimo del 50% per i DRG medici.

Il DRG 42 nei casi di trapianto di cornea (codice intervento 116 da 0 a 9) non viene abbattuto e la tariffa da applicare è quella del DM 1997 e cioè Euro 2.442,84.

Eventi sentinella

Per gli eventi sentinella sono state mantenute le tariffe in vigore per il secondo semestre 2003 (tariffa DM97 abbattuta del 20%). Con l'introduzione della TUC sono abolite le contestazioni sugli eventi sentinella.

I criteri TUC 2004 sono riassunti nella seguente tabella:

Classi di DRG	Tipologia di DRG	Ordinario >1 g.	Ordinari di 1 g.	Day hospital
DRG Alta complessità	Chirurgici	+10% DM97	DM97	DM97
DRG Alta complessità	Medici	+10% DM97	DM97	DM97* accessi
DRG Allegato 2C DPCM 29/11/2001	Chirurgici	Max -25% DM97	80% ord. DM97	80% ord DM97
DRG Allegato 2C DPCM 29/11/2001	Medici	Max -50% DM97	DM97	DM97*accessi
DRG Sentinella	Medici	80% DM97	DM97	DM97*accessi
Restanti DRG	Chirurgici	DM97	80% ord DM97	80% ord DM97
	Medici	85% DM97	DM97	DM97*accessi
DRG speciali	410, 492	DM97	DM97	+20%DM97*accessi

DRG speciali	124,125,323	DM97	80% ord. DM97	80% ord DM97
Trapianti		tariffa specifica	DM97	DM97

Precisazioni per l'applicazione del tariffario secondo HCFA-DRG Versione 10

RICOVERI IN REGIME ORDINARIO DI 0/1 GIORNO (PAZIENTI TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO PER ACUTI O DECEDUTI)

Per i DRG non chirurgici, esclusi i DRG 124, 125, 323, e per i chirurgici di alta complessità la remunerazione da corrispondere è pari a due volte la tariffa specifica per DRG riportata nella colonna (b) (modalità di dimissione 1 e 6). Per i restanti casi tale tariffa non dovrà essere duplicata.

RICOVERI IN REGIME ORDINARIO CON DURATA DI DEGENZA SUPERIORE AL VALORE SOGLIA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica colonna (a) ed il prodotto fra le giornate di degenza oltre il valore soglia (colonna d) e la tariffa "pro die" della colonna (e).

RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL

La tariffa prevista per il day hospital colonna (c), è da intendersi per accesso qualora il DRG sia di tipo non chirurgico. Fanno eccezione a tal regola i DRG 124,125,323 e i DRG di tipo chirurgico per i quali la tariffa è DRG specifica.

TARIFFE PER I RICOVERI RIABILITATIVI E DI LUNGODEGENZA

La remunerazione complessiva massima è ricavata dal prodotto della tariffa giornaliera per il numero di giornate o accessi.

Si precisa, come evidenziato nel tariffario allegato, che per i ricoveri in specialità 28 e 75 viene applicata la tariffa ordinaria per tutte le giornate di degenza, mentre per le specialità 56 e 60 la tariffa a partire dal 61° giorno è abbattuta del 40%.

Per i ricoveri ordinari di pazienti riabilitativi transitati o dimessi da reparti per acuti e documentati da un'unica SDO, la remunerazione complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa alla fase acuta e il prodotto fra il numero delle giornate trascorse in unità operative di riabilitazione (codice 75,28,56) o di lungodegenza (codice 60) e relativa tariffa giornaliera MDC specifica.

PSICHIATRIA

I ricoveri psichiatrici seguono le regole di tariffazione delle discipline per acuti.

PROTESI

Nei casi in cui sulla SDO vengano segnalati determinati codici di intervento si dovrà incrementare la tariffa DRG di una quota per il riconoscimento economico della protesi:

Protesi cocleare (codice intervento 20.96 o 20.97 o 20.98) tariffa aggiuntiva € 21.474,28
Stimolatore cerebrale (codice intervento 02.93 associato a diagnosi, in qualsiasi posizione 332.0) tariffa aggiuntiva € 16.010,16

ATTIVITA' GRANDI USTIONI

Per i DRG relativi alle grandi ustioni (457,458,459,472) tale casistica è da considerarsi di alta specialità solo se dimessi dalla disciplina 47 (grandi ustionati). Pertanto la tariffa DRG specifica per gli ordinari di più di 1 giorno (ex D.M. 97) dovrà essere incrementata del 10%.

La tariffa risultante per i rispettivi DRG sarà:

DRG 457 (€ 5.239,04); DRG 458 (€ 11.583,60); DRG 459 (€ 4.916,36); DRG 472 (€ 35.074,64).

ATTIVITA' TRAPIANTI

Si riportano di seguito le specifiche per la tariffazione dei trapianti per quei casi in cui è necessario leggere sia i codici di intervento che il DRG. La restante attività trapiantologica, per la quale è sufficiente leggere il singolo DRG (302 - rene; 480 – fegato; 103 – cuore; 481 – midollo) è riportata nel tariffario allegato.

Le tariffe dei trapianti (ad esclusione del midollo osseo) vengono incrementate secondo le regole indicate nel capitolo relativo all'attività di prelievo e di trapianto di organi.

TRAPIANTO MULTIVISCERALE

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 associati ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 43.99 o 50.59 o 52.83

Tariffa specifica € 236.795,00

TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO

Se coesistono gli interventi 45.63 e 46.99 e 45.8 e in diagnosi secondaria V42.8 associati ai DRG 148 o 149

Tariffa specifica € 164.233,00

TRAPIANTO DI RENE E PANCREAS

Se esistono gli interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati al DRG 302

Tariffa specifica € 65.027,00

TRAPIANTO DI PANCREAS ISOLATO

Interventi 52.80 o 52.81 o 52.82 o 52.83 associati ai DRG 191 o 192 o 292 o 293
Tariffa specifica € 59.000,00

TRAPIANTO DI POLMONE

Interventi 33.50 o 33.51 o 33.52 associati al DRG 75
Tariffa specifica € 69.678,00

ALTA SPECIALITA' NON INDIVIDUATA DAI DRG

Trapianto di cellule staminali limbari: DRG 42 con diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9, intervento principale 11.59 e intervento secondario 11.99; per questi casi la tariffa del DM 1997 non va abbattuta del 25%, ma rimane quella del DM e cioè Euro 2.442,84 alla quale deve essere sommato l'importo di Euro 11.800,00 quale remunerazione individuata per la fornitura delle cellule staminali.

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
HCFA-DRG Versione 10°

classe	mdc	tipo drg	drg	descrizione	(a) Ordinari di più di 1 giorno	(b) Ordinari di 1 giorno	(c) Day Hospital	(d) Valore soglia in giorni	(e) Incremento prodfe
alta complessità	1	C	001	CRANIOTOMIA ETA > 17. ECCEPTE PER TRAUMATISMO	10.401,38	2.103,01	2.103,01	57	258,22
alta complessità	1	C	002	CRANIOTOMIA ETA > 17 PER TRAUMATISMO	9.398,68	2.848,25	2.848,25	34	302,64
alta complessità	1	C	003	CRANIOTOMIA ETA < 18	9.746,36	1.965,63	1.965,63	54	302,64
alta complessità	1	C	004	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE	7.073,44	1.771,96	1.771,96	47	164,23
	1	C	005	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	4.735,90	3.788,72	3.788,72	31	262,36
allegato 2C DPCM 29/11/2001	1	C	006	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	1.127,17	1.202,30	1.202,30	11	277,85
alta complessità	1	C	007	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO CON CC	7.931,27	1.325,22	1.325,22	83	207,61
	1	C	008	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	2.770,27	2.216,21	2.216,21	25	170,94
	1	M	009	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	4.495,23	274,75	274,75	41	228,79
	1	M	010	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	4.188,38	283,53	283,53	63	244,80
	1	M	011	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC	2.740,16	265,45	265,45	50	223,62
	1	M	012	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	3.428,05	232,40	232,40	48	199,86
	1	M	013	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	2.262,53	228,79	228,79	43	202,96
	1	M	014	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPTE ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	3.337,62	239,11	239,11	52	196,25
	1	M	015	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	2.090,89	232,40	232,40	24	197,80
sentinella	1	M	016	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	3.148,32	252,54	252,54	41	207,09
sentinella	1	M	017	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE SENZA CC	2.259,60	222,59	222,59	37	133,24
sentinella	1	M	018	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	2.602,93	247,38	247,38	37	204,00
allegato 2C DPCM 29/11/2001	1	M	019	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	1.261,69	239,11	239,11	33	152,35
	1	M	020	INFEZIONI DEL SISTEMA NERVOSO ECCEPTE MENINGITE VIRALE	4.655,02	319,68	319,68	55	182,82

	1	M	021	MENINGITE VIRALE		2.581,68	243,76	243,76	243,76	31	141,50
	1	M	022	ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA		2.849,03	251,51	251,51	251,51	31	216,39
	1	M	023	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE NON TRAUMATICA		2.351,21	233,95	233,95	233,95	41	170,94
sentinella	1	M	024	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 CON CC		2.149,69	272,17	272,17	272,17	31	212,26
allegato 2C DPCM 29/11/2001	1	M	025	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' > 17 SENZA CC		1.128,88	245,31	245,31	245,31	25	156,48
	1	M	026	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18		1.469,29	303,67	303,67	303,67	19	260,81
	1	M	027	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA > 1 ORA		3.837,63	316,58	316,58	316,58	37	244,28
	1	M	028	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 CON CC		3.581,26	308,84	308,84	308,84	31	253,58
	1	M	029	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' > 17 SENZA CC		1.827,94	267,00	267,00	267,00	14	221,56
	1	M	030	STATO STUPOROSO E COMA DI ORIGINE TRAUMATICA, COMA < 1 ORA, ETA' < 18		1.197,55	366,16	366,16	366,16	7	292,83
	1	M	031	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 CON CC		1.778,33	425,04	425,04	425,04	25	325,88
	1	M	032	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' > 17 SENZA CC		1.191,41	362,55	362,55	362,55	11	170,43
	1	M	033	COMMOZIONE CEREBRALE, ETA' < 18		941,18	420,91	420,91	420,91	7	337,24
sentinella	1	M	034	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, CON CC		3.435,88	288,18	288,18	288,18	49	253,58
sentinella	1	M	035	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC		2.259,60	249,44	249,44	249,44	41	212,78
	2	C	036	INTERVENTI SULLA RETINA		2.843,09	2.274,47	2.274,47	2.274,47	24	184,89
	2	C	037	INTERVENTI SULL'ORBITA		3.365,23	2.692,18	2.692,18	2.692,18	28	241,70
	2	C	038	INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE		1.956,85	1.565,48	1.565,48	1.565,48	17	223,10
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		1.407,60	1.501,44	1.501,44	1.501,44	14	243,25
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	040	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17		1.118,39	1.163,47	1.163,47	1.163,47	11	261,32
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	041	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18		1.038,35	1.062,24	1.062,24	1.062,24	7	262,36
allegato 2C DPCM 29/11/2001	2	C	042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO		1.832,13	1.954,27	1.954,27	1.954,27	21	196,25
	2	M	043	IFEMA		990,79	241,18	241,18	241,18	14	178,17
	2	M	044	INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO		2.027,68	245,83	245,83	245,83	27	151,83
	2	M	045	MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO		1.905,64	297,47	297,47	297,47	25	246,86
sentinella	2	M	046	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 CON CC		1.993,10	287,15	287,15	287,15	29	242,21
sentinella	2	M	047	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' > 17 SENZA CC		1.507,64	266,49	266,49	266,49	23	225,17
	2	M	048	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA' < 18		1.392,47	317,62	317,62	317,62	15	281,98
alta complessità	3	C	049	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO		7.655,74	1.984,22	1.984,22	1.984,22	71	195,22

	3	C	050	SIALOADENECTOMIA		2.701,58	2.161,26	2.161,26	2.161,26	24	223,10
	3	C	051	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECCETTO SIALOADENECTOMIA		2.367,95	1.894,36	1.894,36	1.894,36	17	220,52
	3	C	052	RIPARAZIONE DI CHEILOSCHISI E DI PALATOSCHISI		2.381,89	1.905,51	1.905,51	1.905,51	18	211,23
	3	C	053	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17		2.236,25	1.789,00	1.789,00	1.789,00	17	195,22
	3	C	054	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' < 18		2.090,61	1.672,48	1.672,48	1.672,48	21	160,10
allegato 2C DPCM 29/11/2001	3	C	055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		1.498,63	1.598,53	1.598,53	1.598,53	14	220,52
	3	C	056	RINOPLASTICA		1.760,08	1.408,06	1.408,06	1.408,06	14	210,71
	3	C	057	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEA ETA' > 17		1.482,23	1.185,78	1.185,78	1.185,78	11	187,99
	3	C	058	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETTO SOLO TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEA ETA' < 18		1.401,66	1.121,32	1.121,32	1.121,32	5	252,03
	3	C	059	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' > 17		1.018,96	815,16	815,16	815,16	7	177,66
	3	C	060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18		675,00	540,00	540,00	540,00	5	226,72
	3	C	061	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' > 17		2.361,75	1.889,40	1.889,40	1.889,40	15	363,58
	3	C	062	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA' < 18		1.350,01	1.080,00	1.080,00	1.080,00	7	294,89
	3	C	063	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		3.251,61	2.601,28	2.601,28	2.601,28	24	203,48
	3	M	064	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		2.992,14	283,53	283,53	283,53	37	228,27
allegato 2C DPCM 29/11/2001	3	M	065	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO		1.128,46	245,31	245,31	245,31	24	213,29
	3	M	066	EPISTASSI		1.367,44	275,78	275,78	275,78	17	169,39
	3	M	067	EPIGLOTTIDITE		1.523,72	358,42	358,42	358,42	17	261,32
sentinella	3	M	068	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC		2.010,04	269,07	269,07	269,07	27	242,73
sentinella	3	M	069	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC		1.436,16	240,66	240,66	240,66	17	210,71
	3	M	070	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18		1.158,04	263,90	263,90	263,90	11	186,44
	3	M	071	LARINGOTRACHEITE		1.420,56	259,26	259,26	259,26	11	247,89
	3	M	072	TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO		1.676,93	370,29	370,29	370,29	14	285,08
sentinella	3	M	073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17		1.713,80	310,90	310,90	310,90	17	258,22
	3	M	074	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' < 18		1.172,09	362,55	362,55	362,55	7	274,75
alta complessità	4	C	075	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE		8.067,04	1.911,40	1.911,40	1.911,40	48	220,01
alta complessità	4	C	076	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC		7.639,84	1.210,57	1.210,57	1.210,57	64	213,81
	4	C	077	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC		2.680,92	2.144,73	2.144,73	2.144,73	45	204,00
	4	M	078	EMBOLIA POLMONARE		3.652,38	245,31	245,31	245,31	55	204,51
	4	M	079	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 CON CC		5.672,17	232,41	232,41	232,41	79	202,45

sentinella	4	M	080	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 SENZA CC	3.893,25	202,45	202,45	185,92
	4	M	081	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18	3.670,81	326,40	326,40	290,76
	4	M	082	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	3.240,16	258,22	258,22	167,84
	4	M	083	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, CON CC	2.055,34	285,60	285,60	226,20
	4	M	084	TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE, SENZA CC	1.249,79	265,45	265,45	218,46
	4	M	085	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC	3.715,15	250,48	250,48	228,27
	4	M	086	VERSAMENTO PLEURICO, SENZA CC	3.266,50	243,25	243,25	139,44
	4	M	087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	2.688,79	270,62	270,62	214,84
sentinella	4	M	088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	2.308,35	205,03	205,03	180,75
sentinella	4	M	089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	3.175,17	240,15	240,15	210,71
sentinella	4	M	090	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	2.118,71	193,67	193,67	124,46
	4	M	091	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18	1.655,41	242,21	242,21	222,59
	4	M	092	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC	3.994,78	230,85	230,85	201,93
	4	M	093	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, SENZA CC	2.655,43	220,01	220,01	196,25
	4	M	094	PNEUMOTORACE, CON CC	3.646,23	254,61	254,61	218,46
	4	M	095	PNEUMOTORACE, SENZA CC	1.917,05	215,36	215,36	184,89
sentinella	4	M	096	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC	1.899,32	222,07	222,07	191,60
sentinella	4	M	097	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC	1.491,11	196,77	196,77	130,14
	4	M	098	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18	1.307,30	252,54	252,54	232,40
	4	M	099	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC	2.060,45	218,46	218,46	115,16
	4	M	100	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	1.528,71	202,96	202,96	107,93
	4	M	101	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC	2.396,76	277,85	277,85	234,47
	4	M	102	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	1.439,04	257,71	257,71	223,62
alta complessità	5	C	103	TRAPIANTO CARDIACO	60.105,00	6.812,58	6.812,58	578,43
alta complessità	5	C	104	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	20.159,67	11.462,76	11.462,76	674,49
alta complessità	5	C	105	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARDIACO	17.043,07	7.242,79	7.242,79	312,97
alta complessità	5	C	106	BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	17.159,53	4.618,67	4.618,67	654,35
alta complessità	5	C	107	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	14.202,56	3.572,84	3.572,84	285,08
alta complessità	5	C	108	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	12.498,25	4.089,82	4.089,82	373,39
alta complessità	5	C	110	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	11.212,06	2.811,59	2.811,59	283,01
alta complessità	5	C	111	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	6.874,03	1.931,54	1.931,54	231,37
	5	C	112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	6.197,48	4.957,98	4.957,98	349,64

	5	C	113	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	9.450,13	7.560,10	7.560,10	7.560,10	87	214,32
	5	C	114	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	6.443,32	5.154,65	5.154,65	5.154,65	82	236,02
alta complessità	5	C	115	IMPIANTO PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON INFARTO MIocardico ACUTO, INSUFFICIENZA CARDIACA O SHOCK	11.638,14	5.813,23	5.813,23	5.813,23	41	436,92
	5	C	116	ALTRI INTERVENTI PER IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE O DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (AICD) O DI GENERATORE DI IMPULSI	6.941,70	5.553,36	5.553,36	5.553,36	24	362,03
	5	C	117	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZIONE	4.872,25	3.897,80	3.897,80	3.897,80	28	298,51
	5	C	118	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	6.455,71	5.164,56	5.164,56	5.164,56	32	259,77
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.423,87	1.518,79	1.518,79	1.518,79	14	244,80
	5	C	120	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	6.626,14	5.300,91	5.300,91	5.300,91	65	312,45
	5	M	121	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	4.151,06	295,41	295,41	295,41	32	237,57
	5	M	122	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	3.306,01	292,83	292,83	292,83	26	234,47
	5	M	123	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIocardico ACUTO, MORTI	2.984,23	435,37	435,37	435,37	27	305,22
	5	M	124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	3.621,39	2.897,11	2.897,11	2.897,11	37	361,00
	5	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	1.737,36	1.389,88	1.389,88	1.389,88	14	246,34
	5	M	126	ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	7.104,59	262,36	262,36	262,36	98	224,65
	5	M	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	2.627,78	238,08	238,08	238,08	34	198,83
	5	M	128	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	2.235,32	211,23	211,23	211,23	31	183,85
	5	M	129	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	3.434,63	331,04	331,04	331,04	56	200,90
sentinella	5	M	130	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	2.819,84	249,44	249,44	249,44	48	213,81
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	1.277,88	226,20	226,20	226,20	39	197,80
sentinella	5	M	132	ATEROSCLEROSI, CON CC	2.424,86	248,93	248,93	248,93	34	151,32
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	1.125,66	230,85	230,85	230,85	34	138,92
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	134	IPERTENSIONE	1.007,87	234,47	234,47	234,47	27	148,22
	5	M	135	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	2.586,07	264,42	264,42	264,42	34	213,29
	5	M	136	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 SENZA CC	1.771,75	238,60	238,60	238,60	35	210,19
	5	M	137	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	2.720,84	464,29	464,29	464,29	19	355,83
	5	M	138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	2.747,18	321,23	321,23	321,23	31	277,85

	5	M	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	1.610,20	243,76	243,76	243,76	25	209,16
	5	M	140	ANGINA PECTORIS	1.852,52	246,34	246,34	246,34	24	211,23
	5	M	141	SINCOPE E COLLASSO, CON CC	2.054,02	263,39	263,39	263,39	27	157,00
allegato 2C DPCM 29/11/2001	5	M	142	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	1.064,35	242,73	242,73	242,73	21	143,05
sentinella	5	M	143	DOLORE TORACICO	1.795,61	382,17	382,17	382,17	19	338,79
sentinella	5	M	144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	3.155,34	287,15	287,15	287,15	37	234,98
sentinella	5	M	145	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	2.148,04	252,03	252,03	252,03	41	218,46
alta complessità	6	C	146	RESEZIONE RETTALE, CON CC	9.190,75	1.839,61	1.839,61	1.839,61	66	214,32
alta complessità	6	C	147	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC	6.419,56	1.453,31	1.453,31	1.453,31	54	196,25
alta complessità	6	C	148	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	9.667,39	1.883,00	1.883,00	1.883,00	65	238,08
alta complessità	6	C	149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	5.651,48	1.297,86	1.297,86	1.297,86	49	148,73
	6	C	150	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC	5.545,19	4.436,15	4.436,15	4.436,15	41	243,76
	6	C	151	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC	2.977,89	2.382,31	2.382,31	2.382,31	26	188,50
	6	C	152	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, CON CC	4.979,67	3.983,73	3.983,73	3.983,73	48	208,64
	6	C	153	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	3.491,76	2.793,40	2.793,40	2.793,40	34	199,86
	6	C	154	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 CON CC	10.162,84	8.130,27	8.130,27	8.130,27	67	270,10
	6	C	155	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 SENZA CC	4.891,87	3.913,49	3.913,49	3.913,49	48	185,92
alta complessità	6	C	156	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' < 18	5.161,78	1.109,35	1.109,35	1.109,35	24	240,15
	6	C	157	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC	3.454,06	2.763,24	2.763,24	2.763,24	34	218,46
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	1.327,04	1.415,50	1.415,50	1.415,50	17	215,87
	6	C	159	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	4.899,62	3.919,69	3.919,69	3.919,69	44	196,77
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	160	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.793,01	1.912,53	1.912,53	1.912,53	27	193,15
	6	C	161	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 CON CC	2.857,55	2.286,04	2.286,04	2.286,04	27	229,82
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.388,24	1.480,78	1.480,78	1.480,78	14	208,13
allegato 2C DPCM 29/11/2001	6	C	163	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18	1.046,93	1.060,17	1.060,17	1.060,17	7	294,38
	6	C	164	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI/PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC	4.306,73	3.445,38	3.445,38	3.445,38	28	232,40
	6	C	165	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI/PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC	2.239,87	1.791,89	1.791,89	1.791,89	12	222,07
	6	C	166	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI/PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC	3.112,16	2.489,72	2.489,72	2.489,72	22	226,20
	6	C	167	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI/PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	1.630,97	1.304,77	1.304,77	1.304,77	12	185,92

3	C	168	INTERVENTI SULLA BOCCA, CON CC	3.636,88	2.909,50	2.909,50	43	197,80
3	C	169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	2.492,42	1.993,93	1.993,93	23	195,73
6	C	170	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	7.075,46	5.660,37	5.660,37	64	243,76
6	C	171	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	3.925,07	3.140,05	3.140,05	44	213,29
6	M	172	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC	3.352,55	270,62	270,62	53	237,57
6	M	173	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC	3.099,69	268,04	268,04	51	217,42
6	M	174	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC	3.070,27	264,94	264,94	37	211,74
6	M	175	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC	1.823,55	230,33	230,33	27	192,63
6	M	176	ULCERA PEPTICA COMPLICATA	2.499,59	270,10	270,10	31	214,84
6	M	177	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC	2.482,47	223,10	223,10	34	184,89
6	M	178	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC	1.690,53	215,36	215,36	27	136,34
6	M	179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	2.774,40	246,86	246,86	38	209,68
6	M	180	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC	2.353,41	257,71	257,71	34	214,32
6	M	181	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC	1.523,72	223,10	223,10	24	135,82
6	M	182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	1.993,93	236,53	236,53	31	150,28
6	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	1.123,60	228,27	228,27	25	148,73
6	M	184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	937,83	267,00	267,00	11	240,15
3	M	185	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEPTE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' > 17	1.562,17	311,42	311,42	23	237,05
3	M	186	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCEPTE ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA' < 18	1.355,58	291,28	291,28	15	254,61
3	M	187	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	829,79	371,33	371,33	11	253,58
6	M	188	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	2.651,69	268,04	268,04	39	218,46
6	M	189	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 SENZA CC	1.475,82	250,48	250,48	21	214,84
6	M	190	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18	1.388,95	277,33	277,33	15	243,76
7	C	191	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	12.993,06	2.405,13	2.405,13	71	265,97
7	C	192	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	8.034,66	1.480,16	1.480,16	59	214,84
7	C	193	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCEPTE COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	9.649,78	1.888,16	1.888,16	62	233,43
7	C	194	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCEPTE COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	6.553,84	5.243,07	5.243,07	57	232,92
7	C	195	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	6.938,08	5.550,47	5.550,47	50	207,09
7	C	196	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	4.528,81	3.623,04	3.623,04	46	136,86

	7	C	197	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC	5.058,69	4.046,95	4.046,95	48	200,90
	7	C	198	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	2.811,07	2.248,85	2.248,85	27	194,70
	7	C	199	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	6.589,47	5.271,58	5.271,58	61	166,29
	7	C	200	PROCEDURE DIAGNOSTICHE EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	6.231,05	4.984,84	4.984,84	45	280,43
	7	C	201	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	8.523,60	6.818,88	6.818,88	86	323,30
sentinella	7	M	202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	3.275,57	319,17	319,17	41	248,41
	7	M	203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	2.990,82	273,72	273,72	51	218,97
sentinella	7	M	204	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	2.635,99	242,21	242,21	37	203,48
sentinella	7	M	205	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA, CON CC	3.015,28	272,68	272,68	42	242,21
sentinella	7	M	206	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOOLICA, SENZA CC	1.913,36	270,62	270,62	41	217,94
sentinella	7	M	207	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC	2.740,52	253,58	253,58	37	194,70
allegato 2C DPCM 29/11/2001	7	M	208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	1.141,28	229,30	229,30	31	156,48
alta complessità	8	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	8.777,74	3.991,69	3.991,69	42	190,05
	8	C	210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA` >17 CON CC	7.582,10	6.065,68	6.065,68	62	179,21
	8	C	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA` >17 SENZA CC	4.264,90	3.411,92	3.411,92	37	177,14
	8	C	212	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA` < 18	5.476,50	4.381,20	4.381,20	41	272,17
	8	C	213	AMPUTAZIONI PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	5.853,52	4.682,81	4.682,81	82	158,55
alta complessità	8	C	214	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, CON CC	7.553,49	1.871,63	1.871,63	57	196,77
	8	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	3.279,50	2.623,60	2.623,60	34	149,25
	8	C	216	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	4.704,92	3.763,93	3.763,93	37	310,39
alta complessità	8	C	217	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	8.964,08	2.185,12	2.185,12	69	254,61
	8	C	218	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA` >17 CON CC	5.649,52	4.519,61	4.519,61	48	185,40
	8	C	219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA` >17 SENZA CC	2.767,69	2.214,15	2.214,15	31	175,59
	8	C	220	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA` < 18	2.551,29	2.041,03	2.041,03	24	204,00
	8	C	221	INTERVENTI SUL GINOCCHIO CON CC	4.343,91	3.475,12	3.475,12	42	192,12
allegato 2C DPCM 29/11/2001	8	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	2.064,15	2.201,75	2.201,75	21	182,82
	8	C	223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	2.391,71	1.913,36	1.913,36	24	196,77
	8	C	224	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	2.040,52	1.632,41	1.632,41	21	187,47

	8	C	225	INTERVENTI SUL PIEDE	2.275,50	1.820,40	1.820,40	21	227,24
	8	C	226	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	4.575,29	3.660,23	3.660,23	42	204,00
	8	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	1.950,14	1.560,11	1.560,11	17	202,45
	8	C	228	INTERVENTI MAGGIORI SUL POLLICE O SULLE ARTICOLAZIONI O ALTRI INTERVENTI MANO O POLSO CON CC	2.178,93	1.743,14	1.743,14	21	231,88
	8	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.530,77	1.224,61	1.224,61	11	195,22
	8	C	230	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE DI ANCA E FEMORE	2.308,56	1.846,84	1.846,84	21	150,28
	8	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	2.327,67	1.862,13	1.862,13	17	230,33
allegato 2C DPCM 29/11/2001	8	C	232	ARTROSCOPIA	1.481,97	1.580,76	1.580,76	14	194,70
	8	C	233	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	6.980,43	5.584,35	5.584,35	47	252,03
	8	C	234	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	3.306,87	2.645,49	2.645,49	42	205,03
	8	M	235	FRATTURE DEL FEMORE	3.294,16	286,63	286,63	50	248,93
	8	M	236	FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	3.309,96	293,34	293,34	51	262,36
	8	M	237	DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI ANCA, PELVI E COSCIA	1.729,17	247,89	247,89	33	205,54
	8	M	238	OSTEOMIELITE	3.650,62	272,68	272,68	51	141,50
	8	M	239	FRATTURE PATOLOGICHE E NEOPLASIE MALIGNI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	2.847,27	290,24	290,24	37	238,60
	8	M	240	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	4.016,30	265,45	265,45	47	173,01
	8	M	241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	2.565,88	241,18	241,18	50	142,54
	8	M	242	ARTRITE SETTICA	3.428,93	301,61	301,61	60	154,42
allegato 2C DPCM 29/11/2001	8	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	1.227,17	241,70	241,70	31	131,69
sentinella	8	M	244	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, CON CC	2.376,11	287,15	287,15	37	132,72
sentinella	8	M	245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	1.687,36	234,98	234,98	39	103,29
sentinella	8	M	246	ARTROPATIE NON SPECIFICHE	1.903,01	229,82	229,82	39	122,91
	8	M	247	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	1.532,84	250,99	250,99	41	143,05
sentinella	8	M	248	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	1.681,31	244,28	244,28	32	208,13
	8	M	249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1.176,68	300,06	300,06	15	223,10
	8	M	250	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 CON CC	1.838,91	460,16	460,16	25	173,52
	8	M	251	FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	1.265,59	334,14	334,14	11	163,71

	8	M	252	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETA' <18	892,89	365,65	365,65	4	239,11
	8	M	253	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 CON CC	2.032,95	320,71	320,71	31	195,22
	8	M	254	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' >17 SENZA CC	1.212,04	233,43	233,43	15	144,60
	8	M	255	FRATTURE, DISTORSIONI, STRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' < 18	1.195,36	359,45	359,45	11	206,06
sentinella	8	M	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHIELETTRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1.389,05	278,88	278,88	23	175,59
	9	C	257	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	4.390,91	3.512,72	3.512,72	38	198,83
	9	C	258	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	2.838,96	2.271,16	2.271,16	29	190,05
	9	C	259	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	4.308,28	3.446,62	3.446,62	37	181,27
	9	C	260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	2.381,38	1.905,10	1.905,10	24	157,51
	9	C	261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	2.517,72	2.014,17	2.014,17	17	231,37
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	C	262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	1.194,95	1.274,60	1.274,60	11	246,34
	9	C	263	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE DELLA PELLE O CELLULITE CON CC	6.966,49	5.573,19	5.573,19	97	130,66
	9	C	264	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	4.107,89	3.286,31	3.286,31	72	118,78
	9	C	265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	4.818,02	3.854,41	3.854,41	43	211,74
	9	C	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	2.676,27	2.141,01	2.141,01	23	164,23
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	C	267	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	1.500,18	1.600,18	1.600,18	21	224,65
	9	C	268	CHIRURGIA PLASTICA DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	2.135,03	1.708,02	1.708,02	19	211,74
	9	C	269	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	4.126,49	3.301,19	3.301,19	49	250,99
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	C	270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	1.315,42	1.403,10	1.403,10	19	213,81
	9	M	271	ULCERE DELLA PELLE	3.717,34	209,16	209,16	61	181,79
	9	M	272	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE CON CC	3.199,34	277,85	277,85	44	226,20
	9	M	273	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	2.333,21	219,49	219,49	38	201,93
	9	M	274	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	3.842,90	320,71	320,71	59	192,12
	9	M	275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	2.556,66	267,00	267,00	27	160,10
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	276	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	687,92	261,84	261,84	19	210,71
sentinella	9	M	277	CELLULITE ETA' > 17 CON CC	2.707,88	229,82	229,82	37	132,21

sentinella	9	M	278	CELLULITE ETA` > 17 SENZA CC	1.605,14	218,46	218,46	218,46	28	130,66
	9	M	279	CELLULITE ETA` < 18	1.302,47	270,62	270,62	270,62	14	246,86
sentinella	9	M	280	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA` > 17 CON CC	1.544,82	330,01	330,01	330,01	25	267,52
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	281	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA` > 17 SENZA CC	986,17	323,81	323,81	323,81	15	258,74
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	282	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA` < 18	1.185,55	504,06	504,06	504,06	7	231,88
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	283	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	1.442,98	246,34	246,34	246,34	34	146,67
allegato 2C DPCM 29/11/2001	9	M	284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	853,19	234,47	234,47	234,47	27	210,19
alta complessità	10	C	285	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O METABOLICHE	9.655,68	7.724,54	7.724,54	7.724,54	104	130,14
alta complessità	10	C	286	INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	7.720,50	1.650,59	1.650,59	1.650,59	38	258,22
	10	C	287	TRAPIANTI CUTANEI E SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	7.028,56	1.374,80	1.374,80	1.374,80	69	168,88
	10	C	288	INTERVENTI PER OBESITA`	3.572,84	2.858,27	2.858,27	2.858,27	41	181,79
	10	C	289	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	3.574,91	2.859,92	2.859,92	2.859,92	28	233,95
	10	C	290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	2.495,51	1.996,40	1.996,40	1.996,40	21	164,74
	10	C	291	INTERVENTI SUL DOTTO TIROGLOSSO	1.330,39	1.064,31	1.064,31	1.064,31	14	200,38
	10	C	292	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE CON CC	7.795,92	6.236,73	6.236,73	6.236,73	65	338,79
	10	C	293	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	5.042,16	4.033,72	4.033,72	4.033,72	43	128,59
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10	M	294	DIABETE ETA` > 35	1.292,18	224,14	224,14	224,14	34	136,34
sentinella	10	M	295	DIABETE ETA` < 36	1.751,81	304,19	304,19	304,19	32	258,74
	10	M	296	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 CON CC	2.816,10	248,41	248,41	248,41	41	226,20
	10	M	297	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 SENZA CC	2.174,74	240,15	240,15	240,15	39	202,45
	10	M	298	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` < 18	1.305,98	248,41	248,41	248,41	15	202,96
	10	M	299	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO	2.386,33	340,86	340,86	340,86	27	230,85
sentinella	10	M	300	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC	2.681,44	278,88	278,88	278,88	42	230,85
allegato 2C DPCM 29/11/2001	10	M	301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	969,13	278,88	278,88	278,88	32	155,45
alta complessità	11	C	302	TRAPIANTO RENALE	42.453,00	3.958,12	3.958,12	3.958,12	62	744,21
alta complessità	11	C	303	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, PER NEOPLASIA	7.944,34	1.800,36	1.800,36	1.800,36	58	182,30
alta complessità	11	C	304	INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA	7.268,29	1.455,37	1.455,37	1.455,37	51	225,17

					MALIGNA CON CC										
	11	C	305		INTERVENTI SU RENE E URETERE E INTERVENTI MAGGIORI SU VESCICA, NON PER NEOPLASIA, SENZA CC	4.856,24	3.884,99	3.884,99	3.884,99	37	219,49				
	11	C	306		PROSTATECTOMIA, CON CC	4.481,81	3.585,44	3.585,44	3.585,44	44	217,94				
	11	C	307		PROSTATECTOMIA, SENZA CC	2.776,47	2.221,17	2.221,17	2.221,17	28	180,75				
	11	C	308		INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC	5.283,35	4.226,68	4.226,68	4.226,68	55	282,50				
	11	C	309		INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC	3.411,71	2.729,36	2.729,36	2.729,36	42	157,00				
	11	C	310		INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC	3.631,72	2.905,37	2.905,37	2.905,37	31	259,26				
	11	C	311		INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	2.061,17	1.648,93	1.648,93	1.648,93	21	161,13				
	11	C	312		INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 CON CC	2.321,47	1.857,17	1.857,17	1.857,17	31	210,19				
	11	C	313		INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 SENZA CC	2.113,85	1.691,08	1.691,08	1.691,08	24	186,95				
	11	C	314		INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' < 18	2.378,28	1.902,62	1.902,62	1.902,62	25	200,38				
	11	C	315		ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	5.780,70	4.624,56	4.624,56	4.624,56	68	218,46				
	11	M	316		INSUFFICIENZA RENALE	3.370,54	322,78	322,78	322,78	46	252,54				
	11	M	317		RICOVERO PER DIALISI RENALE	2.097,91	297,47	297,47	297,47	41	170,43				
	11	M	318		NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC	3.091,79	333,11	333,11	333,11	49	280,95				
	11	M	319		NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC	2.441,20	249,96	249,96	249,96	37	206,06				
sentinella	11	M	320		INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	2.232,74	246,86	246,86	246,86	31	206,06				
sentinella	11	M	321		INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	1.759,66	233,95	233,95	233,95	24	162,68				
	11	M	322		INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18	1.840,23	275,78	275,78	275,78	23	168,88				
	11	M	323		CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	2.773,37	2.218,69	2.218,69	2.218,69	17	246,86				
allegato 2C DPCM 29/11/2001	11	M	324		CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	975,21	221,56	221,56	221,56	17	185,40				
sentinella	11	M	325		SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	2.341,81	300,57	300,57	300,57	27	258,22				
allegato 2C DPCM 29/11/2001	11	M	326		SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	1.239,25	263,90	263,90	263,90	21	228,79				
	11	M	327		SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	1.520,21	281,98	281,98	281,98	15	254,09				
sentinella	11	M	328		STENOSI URETRALE, ETA' > 17 CON CC	2.097,22	321,23	321,23	321,23	28	151,83				
sentinella	11	M	329		STENOSI URETRALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.214,70	241,18	241,18	241,18	25	124,46				
	11	M	330		STENOSI URETRALE, ETA' < 18	1.091,32	310,39	310,39	310,39	15	175,07				
sentinella	11	M	331		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 CON CC	2.638,88	263,90	263,90	263,90	42	217,94				
sentinella	11	M	332		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	1.716,69	256,16	256,16	256,16	33	217,94				
	11	M	333		ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18	1.906,95	342,41	342,41	342,41	15	278,88				

12	C	334	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC	5.443,97	4.355,17	4.355,17	43	210,71	
12	C	335	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	4.380,58	3.504,46	3.504,46	33	205,03	
12	C	336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE, CON CC	3.459,22	2.767,37	2.767,37	35	182,82	
12	C	337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	2.630,31	2.104,24	2.104,24	28	177,14	
12	C	338	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	3.215,46	2.572,36	2.572,36	24	226,20	
12	C	339	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17	1.587,07	1.269,65	1.269,65	11	191,08	
12	C	340	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18	1.456,40	1.165,12	1.165,12	7	299,02	
12	C	341	INTERVENTI SUL PENE	3.158,13	2.526,50	2.526,50	21	204,00	
12	C	342	CIRCONCISIONE ETA' > 17	1.457,44	1.165,95	1.165,95	11	264,94	
12	C	343	CIRCONCISIONE ETA' < 18	905,86	724,68	724,68	5	244,28	
12	C	344	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI	4.665,67	3.732,53	3.732,53	41	183,85	
12	C	345	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	3.031,60	2.425,28	2.425,28	27	226,20	
12	M	346	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC	3.464,93	290,76	290,76	45	246,86	
12	M	347	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC	2.409,60	264,94	264,94	41	230,33	
12	M	348	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC	2.308,20	231,37	231,37	31	194,18	
12	M	349	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	1.822,67	227,24	227,24	29	193,15	
12	M	350	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.369,63	269,07	269,07	17	221,56	
12	M	352	AL TRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.297,21	471,00	471,00	15	192,63	
13	C	353	EVISGERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	6.406,49	1.956,34	1.956,34	38	257,19	
13	C	354	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI CON CC	5.703,74	4.562,99	4.562,99	57	177,14	
13	C	355	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC	3.238,18	2.590,54	2.590,54	29	133,24	
13	C	356	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2.741,35	2.193,08	2.193,08	23	135,31	
13	C	357	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI	6.742,24	1.680,55	1.680,55	45	191,08	
13	C	358	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC	3.551,15	2.840,92	2.840,92	29	197,80	
13	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	2.549,74	2.039,79	2.039,79	17	160,61	
13	C	360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	1.942,91	1.554,32	1.554,32	11	244,80	
13	C	361	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	1.662,47	1.329,97	1.329,97	11	253,58	
13	C	362	OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	1.045,82	836,65	836,65	7	161,13	
13	C	363	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI	2.402,55	1.922,04	1.922,04	17	268,55	
allegato 2C DPCM	13	C	364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	1.105,32	1.175,86	1.175,86	7	235,50

29/11/2001													
	13	C	365	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE		3.714,87	2.971,89	2.971,89	2.971,89	43	184,89		
	13	M	366	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC		3.374,05	311,42	311,42	311,42	55	257,71		
	13	M	367	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC		1.963,59	281,98	281,98	281,98	27	252,54		
	13	M	368	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE		1.574,20	258,22	258,22	258,22	17	175,59		
sentinella	13	M	369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE		1.097,77	312,97	312,97	312,97	11	268,55		
	14	C	370	PARTE CESAREO CON CC		3.371,94	2.697,55	2.697,55	2.697,55	22	192,63		
	14	C	371	PARTE CESAREO SENZA CC		2.359,69	1.887,75	1.887,75	1.887,75	13	169,39		
	14	M	372	PARTE VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI		1.906,95	317,62	317,62	317,62	17	248,93		
	14	M	373	PARTE VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI		1.266,04	307,80	307,80	307,80	7	196,77		
	14	C	374	PARTE VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO		1.945,49	1.556,39	1.556,39	1.556,39	9	256,67		
	14	C	375	PARTE VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCEPTE STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO		3.045,02	2.436,01	2.436,01	2.436,01	9	338,27		
	14	M	376	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO		1.090,00	265,97	265,97	265,97	8	221,56		
	14	C	377	DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO CON INTERVENTO CHIRURGICO		2.393,26	1.914,60	1.914,60	1.914,60	15	355,32		
	14	M	378	GRAVIDANZA ECTOPICA		1.920,56	299,02	299,02	299,02	14	181,27		
	14	M	379	MINACCIA DI ABORTO		1.747,60	288,18	288,18	288,18	17	215,87		
	14	M	380	ABORTO SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO		935,04	346,54	346,54	346,54	7	189,53		
	14	C	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA		1.348,98	1.079,18	1.079,18	1.079,18	4	294,89		
	14	M	382	FALSO TRAVAGLIO		373,13	336,21	336,21	336,21	19	94,51		
	14	M	383	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE		1.323,11	289,73	289,73	289,73	14	192,63		
	14	M	384	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE		1.201,06	250,48	250,48	250,48	19	174,56		
	15		385	NEONATI MORTI O TRASFERITI AD ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ACUTI		3.942,11	303,67	303,67	303,67	19	260,29		
alta complessità	15		386	NEONATI GRAVEMENTE IMMaturi O CON SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO		13.360,63	275,78	275,78	275,78	138	165,26		
alta complessità	15		387	PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI		7.450,09	260,81	260,81	260,81	83	157,51		
	15		388	PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI		3.757,22	183,34	183,34	183,34	48	180,24		
	15		389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI		1.814,31	203,48	203,48	203,48	17	128,08		
	15		390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE		1.295,79	161,65	161,65	161,65	14	95,54		
	15		391	NEONATO NORMALE		516,45	173,01	173,01	173,01	8	0,00		
alta complessità	16	C	392	SPLENECTOMIA, ETA' > 17		6.666,11	1.586,55	1.586,55	1.586,55	32	291,79		
	16	C	393	SPLENECTOMIA, ETA' < 18		4.327,90	3.462,32	3.462,32	3.462,32	20	232,92		
	16	C	394	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI		3.785,62	3.028,49	3.028,49	3.028,49	29	297,47		

allegato 2C DPCM 29/11/2001	16	M	395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	1.988,67	279,91	279,91	43	238,60
	16	M	396	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` < 18	1.329,68	307,80	307,80	11	227,24
	16	M	397	DISTURBI DELLA COAGULAZIONE	4.072,05	435,88	435,88	37	337,24
	16	M	398	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	5.069,43	365,65	365,65	57	187,99
	16	M	399	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	2.473,69	282,50	282,50	32	168,88
alta complessità	17	C	400	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	10.229,81	1.828,25	1.828,25	57	305,22
alta complessità	17	C	401	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI CON CC	9.846,91	1.320,06	1.320,06	78	272,17
	17	C	402	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC	3.760,32	3.008,25	3.008,25	45	149,25
alta complessità	17	M	403	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	7.969,90	370,81	370,81	60	305,74
	17	M	404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	3.050,52	271,65	271,65	46	236,02
alta complessità	17	M	405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA` < 18	8.199,42	696,18	696,18	19	543,82
alta complessità	17	C	406	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI CON CC	11.489,87	1.724,44	1.724,44	75	243,25
alta complessità	17	C	407	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INTERVENTI MAGGIORI SENZA CC	5.528,77	1.235,36	1.235,36	51	171,46
	17	C	408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	4.786,00	3.828,80	3.828,80	33	300,57
alta complessità	17	M	409	RADIOTERAPIA	3.130,25	363,07	363,07	24	270,62
	17	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1.838,07	344,99	413,99	11	272,68
	17	M	411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	1.332,76	268,04	268,04	23	165,26
	17	M	412	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	1.078,14	349,64	349,64	19	254,61
	17	M	413	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, CON CC	4.582,15	279,40	279,40	65	226,72
	17	M	414	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE E NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE, SENZA CC	2.984,68	262,87	262,87	50	156,48
	18	C	415	INTERVENTI CHIRURGICI PER MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	6.972,68	5.578,15	5.578,15	43	266,49
	18	M	416	SETTICEMIA, ETA` > 17	4.260,82	260,29	260,29	51	211,23
	18	M	417	SETTICEMIA, ETA` < 18	2.302,48	269,07	269,07	24	244,28
	18	M	418	INFEZIONI POST-CHIRURGICHE E POST-TRAUMATICHE	2.359,99	258,22	258,22	31	225,69
	18	M	419	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA` > 17 CON CC	2.556,22	279,40	279,40	34	171,98
	18	M	420	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA` > 17 SENZA CC	1.967,53	253,58	253,58	28	148,73
	18	M	421	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA` > 17	1.871,84	263,39	263,39	21	180,24
	18	M	422	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA` < 18	1.411,34	275,78	275,78	14	246,86
	18	M	423	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	2.842,00	329,49	329,49	28	253,06
	19	C	424	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI	7.460,22	5.968,18	5.968,18	49	220,52

	21	M	454	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, CON CC	2.509,25	351,70	351,70	41	270,62
	21	M	455	ALTRE DIAGNOSI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI, SENZA CC	1.604,93	325,88	325,88	23	142,02
	22	M	456	USTIONI, PAZIENTE TRASFERITO AD ALTRA STRUTTURA DI ASSISTENZA PER ACUTI	3.221,72	443,63	443,63	32	249,96
	22	M	457	USTIONI ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	4.762,77	313,49	313,49	50	250,48
	22	C	458	USTIONI NON ESTESE CON TRAPIANTO DI PELLE	10.530,56	2.534,25	2.534,25	81	287,15
	22	C	459	USTIONI NON ESTESE CON SBRIGLIAMENTO DI FERITE E ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO	4.469,42	760,74	760,74	48	195,73
	22	M	460	USTIONI NON ESTESE SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	2.267,36	267,00	267,00	31	162,16
	23	C	461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	2.797,13	2.237,70	2.237,70	29	213,81
	23	M	462	RIABILITAZIONE	1.651,47	237,57	237,57	45	91,41
	23	M	463	SEGNI E SINTOMI CON CC	2.780,98	270,10	270,10	42	148,73
	23	M	464	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	1.689,22	217,94	217,94	32	137,37
	23	M	465	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	709,40	200,90	200,90	19	200,38
	23	M	466	ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA	1.245,84	300,06	300,06	7	174,04
allegato 2C DPCM 29/11/2001	23	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	924,89	274,75	274,75	11	145,64
		C	468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	5.812,72	4.650,17	4.650,17	39	276,82
			469	DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	438,98	99,67	99,67	15	79,53
			470	NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	438,98	58,87	58,87	33	46,99
alta complessità	8	C	471	INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI	15.538,73	7.719,48	7.719,48	101	214,84
	22	C	472	USTIONI ESTESE CON INTERVENTO CHIRURGICO	31.886,05	7.311,99	7.311,99	233	300,57
alta complessità	17	M	473	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA' > 17	21.712,87	799,99	799,99	102	574,81
	4	M	475	DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZIONE ASSISTITA	8.030,41	472,56	472,56	64	338,79
		C	476	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	4.587,17	3.669,73	3.669,73	37	234,47
		C	477	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	3.077,56	2.462,04	2.462,04	29	191,60
	5	C	478	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	5.911,36	4.729,08	4.729,08	62	225,69
	5	C	479	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	3.889,43	3.111,54	3.111,54	45	201,93
alta complessità		C	480	TRAPIANTO DI FEGATO	80.199,00	12.466,23	12.466,23	88	849,57
alta complessità		C	481	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO	47.514,00	4.479,74	4.479,74	106	1.027,23
		C	482	TRACHEOSTOMIA PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	10.851,79	8.681,43	8.681,43	72	222,59
alta complessità		C	483	TRACHEOSTOMIA ECCEPTE PER DISTURBI ORALI, LARINGEI O FARINGEI	44.985,76	6.766,10	6.766,10	132	488,56
alta complessità	24	C	484	CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	19.264,35	4.606,79	4.606,79	91	479,27

alta complessità	24	C	485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	14.380,37	4.147,66	4.147,66	4.147,66	57	312,45
alta complessità	24	C	486	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	13.001,59	3.175,69	3.175,69	3.175,69	61	337,76
	24	M	487	ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	4.707,70	457,06	457,06	457,06	35	333,11
alta complessità	25	C	488	H.I.V. ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	12.530,62	1.469,31	1.469,31	1.469,31	110	197,28
	25	M	489	H.I.V. ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	5.658,11	283,01	283,01	283,01	109	175,59
	25	M	490	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	3.435,52	293,86	293,86	293,86	56	200,90
alta complessità	8	C	491	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	5.566,84	2.536,32	2.536,32	2.536,32	47	177,66
	17	M	492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	6.575,52	569,13	569,13	682,96	15	233,43

TARIFFA UNICA CONVENZIONALE PER LE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

	REGIME ORDINARIO Tariffa giornaliera				DAY HOSPITAL Tariffa per accesso				
	Codice 28 Unità Spinale	Codice 75 Neuroriabilitazione	Codice 56 Riabilitazione	Tariffa oltre il 60° giorno	Codice 60 Lungodegenza	Tariffa oltre il 60° giorno	Codice 28 Unità Spinale	Codice 75 Neuroriabilitazione	Codice 56 Riabilitazione
MDC									
01-SISTEMA NERVOSO	387,34	361,51	261,84	157,10	137,89	82,73	299,02	255,64	209,47
02-OCCHIO	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
04-APP. RESPIRATORIO	387,34	361,51	230,85	138,51	137,89	82,73	299,02	255,64	184,68
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	387,34	361,51	250,99	150,59	137,89	82,73	299,02	255,64	200,79
06-APP. DIGERENTE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	387,34	361,51	237,05	142,23	137,89	82,73	299,02	255,64	189,64
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
11-RENE E VIE URINARIE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
15-PERODO NEONATALE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIALE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
20-ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST. MENTALI ORG. INDOTTI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF. TOSSICI FARMACI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
22-USTIONI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
23-FATT. INFLUENZ. SALUTE ED IL RICORSO AI S. SANITARI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
25-INFEZIONI DA HIV	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13
NON CLASSIFICABILE	387,34	361,51	201,41	120,85	137,89	82,73	299,02	255,64	161,13

Allegato 3.1												
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO												
HCFA-DRG versione 14°												
REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004												
DRG DI ALTA COMPLESSITA'												
> 1 giorno												
0-1 giorno												
MDC	tipo DRG	DRG	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
1	C	001 C-Craniotomia età > 17, eccetto per traumatismo	10.803,82	8.457,14	8.643,05	6.765,71	39	573,35	278,33	3,2324		
1	C	002 C-Craniotomia età > 17, per traumatismo	9.792,08	8.192,31	7.833,66	6.553,84	27	870,64	326,20	3,1311		
1	C	003 C-Craniotomia età < 18	10.123,38	7.751,29	8.098,70	6.201,03	47	551,11	326,20	2,9627		
1	C	004 C-Interventi su midollo spinale	7.384,32	6.178,01	5.907,46	4.942,40	40	472,05	177,01	2,3612		
1	C	005 C-Interventi su vasi extracranici	5.411,10	4.056,16	4.328,88	3.244,92	14	596,76	282,78	1,5504		
1	C	007 C-Interventivasi perfif.e cranici e altri su s.n. con CC	8.245,28	6.897,36	6.596,22	5.517,89	22	492,09	223,77	2,6363		
1	C	008 C-Interventivasi perfif.e cranici e altri su s.n. no CC	3.164,93	2.078,61	2.531,94	1.662,88	12	554,43	184,25	0,7944		
3	C	049 C-Interventi maggiori sul capo e sul collo	7.951,80	4.193,98	6.361,44	3.355,18	51	513,24	210,41	1,6029		
4	C	075 C-Interventi maggiori sul torace	9.507,25	7.953,97	7.605,80	6.363,18	33	624,57	237,13	3,0400		
5	C	103 C-Trapianto cardiaco	63.904,29	-	-	-	61	1.732,48	613,65	12,5568		
5	C	104 C-Interventi sulle valvole cardiache con caterismo card.	24.244,02	20.282,44	19.395,22	16.225,95	69	1.939,45	727,01	7,7521		
5	C	105 C-Interventi sulle valvole cardiache senza caterismo card.	18.229,77	15.251,29	14.583,81	12.201,03	33	1.323,76	337,33	5,8291		
5	C	106 C-Bypass coronarico con caterismo cardiaco	17.823,34	14.804,32	14.258,67	11.843,45	46	1.881,56	705,30	5,6583		
5	C	107 C-Bypass coronarico senza caterismo cardiaco	14.751,89	11.079,99	11.801,51	8.863,99	27	977,51	307,27	4,2948		
5	C	108 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare	18.365,42	15.364,77	14.692,34	12.291,82	33	1.160,09	402,47	5,8725		
5	C	110 C-Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con CC	12.766,77	10.680,59	10.213,42	8.544,47	38	896,24	305,05	4,0823		

5	C	111 C-Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, no CC	7.186,51	6.012,09	5.749,21	4.809,67	25	610,11	249,38	2,2979
5	C	112 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	7.216,81	5.365,09	5.773,45	4.292,07	16	1.107,77	376,86	1,9874
5	C	113 C-Amput. per disturbi cir.eccetto amp. arto sup. e dita piede	10.797,34	7.270,82	8.637,87	5.816,65	66	542,19	231,01	2,7789
5	C	114 C-Amput. arto sup.e dita piede,per malattie apparato circolatorio	7.361,62	4.175,06	5.889,30	3.340,05	40	430,84	254,38	1,5957
5	C	115 C-Pacemaker permanente con IMA, insuf.cardiaca o shock	12.088,50	9.442,93	9.670,80	7.554,34	29	1.000,89	470,94	3,6092
5	C	116 C-Pacemaker perm. o di defibrill.autom. o di generat.di impulsi	7.931,26	6.437,43	6.345,01	5.149,95	19	1.040,96	390,22	2,4604
5	M	121 M-Malattie cardiovascolari con IMA con compl.cardiovasc. vivi	5.579,72	4.216,14	124,47	124,47	26	517,70	256,06	1,6114
5	M	122 M-Malattie cardiovascolari con IMA no compl. cardiovasc. vivi	4.443,67	3.017,39	124,47	124,47	21	508,78	252,73	1,1532
5	M	123 M-Malattie cardiovascolari con IMA, deceduti	4.406,91	3.686,48	-	-	23	836,11	328,99	1,4090
5	M	126 M-Endocardite acuta e subacuta	9.549,95	7.447,02	124,47	124,47	80	417,50	242,15	2,8464
6	C	146 C-Resezione rettale con CC	9.546,17	6.643,89	7.636,93	5.315,11	46	503,22	231,01	2,5394
6	C	147 C-Resezione rettale no CC	6.667,67	3.974,54	5.334,13	3.179,63	38	435,30	211,53	1,5192
6	C	148 C-Interventi magg. su intestino crasso e tenue con CC	10.041,23	8.203,12	8.032,98	6.562,50	50	549,97	256,62	3,1353
6	C	149 C-Interventi magg. su intestino crasso e tenue, no CC	5.869,94	3.910,77	4.695,95	3.128,62	33	427,52	160,31	1,4948
6	C	152 C-Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	5.689,43	4.640,39	4.551,54	3.712,31	31	620,14	224,89	1,7736
6	C	153 C-Interventi minori su intestino crasso e tenue no CC	3.989,67	2.727,70	3.191,73	2.182,16	21	535,51	215,42	1,0426
6	C	154 C-Interventi su esofago, stomaco, duodeno, età>17 con CC	12.663,01	10.594,12	10.130,41	8.475,30	51	745,94	291,13	4,0491
6	C	155 C-Interventi su esofago, stomaco, duodeno, età>17 no CC	5.589,44	3.824,30	4.471,55	3.059,44	33	468,71	200,39	1,4617
6	C	156 C-Interventi su esofago, stomaco, duodeno, età < 18	5.361,37	2.226,69	4.289,10	1.781,35	25	548,87	258,84	0,8510
7	C	191 C-Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.964,98	11.682,61	11.171,98	9.346,08	55	840,57	286,67	4,4652
7	C	192 C-Interventi su pancreas, fegato e di shunt no CC	8.345,26	4.460,97	6.676,21	3.568,77	46	531,05	231,57	1,7051
7	C	193 C-Interv. bil. eccetto colecis.isol. con o senza	10.022,85	7.947,49	8.018,28	6.357,99	54	567,79	251,60	3,0376

7	C	espl.dot.bil. con CC	7.488,08	4.273,41	5.990,47	3.418,73	48	440,88	251,05	1,6333
7	C	194 C-Interv. bil.,eccetto colecis.isol. con o senza espl.dot.bil.no CC	7.926,94	5.950,47	6.341,55	4.760,37	39	534,41	223,22	2,2744
7	C	195 C-Colecistectomia con esplorazione del dotto bil. com. con CC	5.174,38	3.672,96	4.139,50	2.938,37	45	394,11	147,51	1,4039
7	C	196 C-Colecistectomia con esplorazione del dotto bil.com. no CC	5.779,69	4.425,83	4.623,75	3.540,67	36	503,22	216,54	1,6916
7	C	197 C-Colecistectomia eccetto laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	3.211,95	2.291,00	2.569,56	1.832,80	16	505,46	209,86	0,8757
7	C	198 C Colecistectomia eccetto laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare comune no CC	9.738,57	6.598,48	7.790,86	5.278,79	52	920,72	348,46	2,5221
8	C	201 C-Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	9.738,58	8.777,74	7.790,86	7.022,19	31	505,46	204,85	2,3686
8	C	209 C-Interventi su articolazioni magg. e reimpianti di arti inferiori	8.831,27	5.088,07	7.065,02	4.070,46	40	452,01	193,16	1,9077
8	C	210 C-Interventi anca,femore, eccetto artic.magg., età >17 con CC	4.967,42	3.549,26	3.973,93	2.839,41	29	444,22	190,93	1,3307
8	C	211 C-Interventi anca,femore, eccetto artic.magg., età >17 no CC	6.378,41	2.759,19	5.102,73	2.207,35	26	598,97	293,36	1,0345
8	C	212 C-Interventi anca e femore,eccetto articol.magg.,età < 18	6.817,53	4.717,28	5.454,02	3.773,82	52	469,82	170,89	1,7686
8	C	213 C-Amputaz. malattie sist.muscoloscheletrico e fess.connettivo	7.998,21	4.983,94	6.398,57	3.987,15	39	457,57	212,08	1,8686
8	C	214 C-Interventi su dorso e collo con CC	3.819,77	2.908,50	3.055,81	2.326,80	22	428,63	160,86	1,0905
8	C	215 C-Interventi su dorso e collo no CC	9.756,32	8.161,86	7.805,06	6.529,48	59	711,43	274,43	3,0601
10	C	217 C-Sbrigl.ferite,trap.cut. ecc. mano mal.sist.muscolosch.e t.conn.	11.031,90	7.200,02	8.825,52	5.760,02	104	332,87	140,27	2,7519
10	C	285 C-Amputaz.arto inf.per dist. endocr.nutr.metab.	8.019,37	6.264,49	6.415,49	5.011,59	30	506,57	278,33	2,3944
10	C	286 C-Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.300,55	5.688,89	5.840,44	4.551,11	69	374,08	182,03	2,1744
10	C	287 C-Trap.cut.an.sbrigl.fer.per dist.end.nutr.metab	6.373,66	5.331,65	5.098,92	4.265,32	17	776,00	195,94	2,0378
11	C	288 C-Interventi per obesità'	49.451,72	-	39.561,37	-	44	1.973,56	789,53	3,8885
11	C	302 C-Trapianto renale	8.297,70	6.941,68	6.638,16	5.553,34	38	524,38	196,50	2,6532
11	C	303 C-Int.rene,uretete e int.magg.vescica per neoplasia	7.549,16	6.306,10	6.039,33	5.044,88	31	542,19	242,70	2,4103
11	C	304 C-Int.rene,uret.e int.magg.vescica no neoplasia con CC	5.548,38	3.021,17	4.438,70	2.416,94	26	416,38	236,58	1,1548
11	C	305 C-Int.rene,uret.e int.magg.vescica no neoplasia no CC	6.220,17	4.638,23	4.976,13	3.710,58	20	516,59	227,12	1,7728
12	C	334 C-Interventi maggiori pelvi maschile, con CC								

12	C	335 C-Interventi maggiori pelvi maschile, no CC	5.005,21	3.557,31	4.004,17	2.845,84	18	494,32	220,98	1.3597
13	C	353 C-Eviscerazione pelvi,isteroct.radiale e vulvectomia rad.	6.654,16	4.979,26	5.323,32	3.983,41	23	585,62	277,21	1.9031
13	C	357 C-Int.uteri/annessi per neoplasie maligne ovaie/annessi	7.223,26	6.042,89	5.778,61	4.834,31	25	548,87	205,95	2.3097
15		385 -Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale respiratorio	4.504,20	3.249,24	3.603,36	-	51	519,92	280,55	1.2418
15		386 -Neonato gravemente immaturo/sindr. da distress	20.815,88	9.689,94	16.652,71	7.751,95	109	475,38	178,12	3.7035
15		387 -Prematurità con affezioni maggiori	11.607,49	4.852,25	9.285,99	3.881,80	51	365,17	169,77	1.8545
15		388 -Prematurità senza affezioni maggiori	4.292,88	3.073,60	3.434,30	2.458,88	44	312,85	194,27	1.1747
16	C	392 C-Splenectomia, età >17	9.784,51	8.185,83	7.827,61	6.548,66	22	798,27	314,51	3.1287
16	C	393 C-Splenectomia, età <18	4.944,67	4.038,86	3.955,74	3.231,09	19	583,38	251,05	1.5437
17	C	400 C-Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	10.625,46	6.690,37	8.500,37	5.352,30	35	739,27	328,99	2.5572
17	C	401 C-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici,con CC	10.227,69	6.147,75	8.182,15	4.918,20	60	436,42	293,36	2.3497
17	C	402 C-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici, no CC	4.296,13	2.233,18	3.436,90	1.786,54	31	429,74	160,86	0,8536
17	M	403 M-Linfoma e leucemia non acuta con CC	8.278,24	4.402,60	124,47	124,47	39	619,00	329,53	1,6827
17	M	404 M-Linfoma e leucemia non acuta no CC	4.100,48	1.943,49	124,47	124,47	27	467,59	254,38	0,7428
17	M	405 M-Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età <18	8.516,59	2.764,45	124,47	124,47	55	1.467,38	586,17	1,0565
17	C	406 C-Alteraz.mieloproliferative o neopl. poco diff.con int.maggiori con CC	11.934,47	7.239,47	9.547,58	5.791,58	52	407,47	262,18	2,7669
17	C	407 C-Alteraz.mieloproliferative o neopl. poco diff. con int.maggiori no CC	5.742,39	3.139,54	4.593,91	2.511,63	29	493,20	184,81	1,1999
18	C	415 C-Interventi chirurgici per mal. infettive e parassitarie	10.996,77	9.199,73	8.797,41	7.359,78	50	554,43	287,24	3,5162
21	C	442 C-Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	7.858,30	4.998,72	6.286,64	3.998,97	48	574,49	302,83	1,9106
21	C	443 C-Altri interventi chirurgici per traumatismo no CC	4.505,28	1.966,74	3.604,22	1.573,39	28	501,01	226,55	0,7518
22	M	456 M-Ustioni, paziente trasferito ad altra struttura di assistenza per acuti	5.405,68	4.522,57	124,47	124,47	32	718,10	269,41	1,7285
22	M	457 M-Ustioni estese senza intervento chirurgico	6.300,69	5.271,11	124,47	124,47	50	720,33	269,98	2,0147
22	C	458 C-Ustioni non estese con trapianto di pelle	12.130,12	10.148,25	9.704,09	8.118,60	48	824,99	309,50	3,8787
22	C	459 C-Ustioni non estese con sbrigliamento di ferite e altro int.chirurgico	5.912,65	4.946,29	4.730,12	3.957,03	48	562,24	210,97	1,8906

22	M	460 M-Ustioni non estese senza intervento chirurgico	3.137,36	2.624,47	124,47	124,47	24	465,38	174,79	1.0032
8	C	471 C-Int.maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	16.139,80	10.197,43	12.911,84	8.157,94	69	586,73	231,57	3,8976
22	C	472 C-Ustioni estese con intervento chirurgico	36.619,51	30.636,07	29.295,61	24.508,85	233	227,12	323,98	11,7093
17	M	473 M-Leucemie acute no interventi maggiori, età >17	22.552,92	9.000,84	124,47	124,47	61	1.406,14	619,57	3,4402
4	M	475 M-Diagnosi relativa apparato respiratorio con respirazione assistita	11.248,08	9.409,97	124,47	124,47	51	896,24	365,17	3,5965
	C	480 C-Trapianto di fegato	91.599,23	-	-	-	66	2.331,89	901,31	20,1614
	C	481 C-Trapianto di midollo osseo	48.192,59	48.192,59	38.554,07	38.554,07	44	3.891,25	1.089,79	15,2244
	C	482 C-Tracheostomia con disturbi orali, laringei o faringei	12.398,72	9.111,64	9.918,98	7.289,31	61	551,11	239,91	3,4826
	C	483 C-Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	52.099,42	43.586,07	41.679,54	34.868,86	118	1.520,82	526,61	16,6590
24	C	484 C-Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	20.548,89	17.190,99	16.439,11	13.752,79	91	841,67	516,58	6,5706
24	C	485 C-Reimpianto di arti, interv. su anca e femore per traumat.mult. rilev.	14.936,74	8.285,81	11.949,39	6.628,65	38	898,45	336,77	3,1669
24	C	486 C-Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	15.083,75	12.619,24	12.067,00	10.095,39	50	822,75	364,06	4,8231
24	M	487 M-Altri traumatismi multipli rilevanti	6.327,72	5.077,09	124,47	124,47	26	649,08	359,04	1,9406
25	C	488 C-HIV associato ad intervento chirurgico esteso	13.015,39	10.868,13	10.412,31	8.694,51	79	567,79	212,65	4,1539
25	M	489 M-HIV associato ad altre patologie maggiori correlate	7.605,37	5.010,61	124,47	124,47	52	504,33	189,26	1,9151
8	C	491 C-Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.782,38	4.101,56	4.625,91	3.281,25	31	478,73	191,48	1,5676
7	C	493 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.779,69	4.425,83	4.623,75	3.540,67	28	503,22	216,54	1,71
7	C	494 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune no CC	3.211,95	2.291,00	2.569,56	1.832,80	15	505,46	209,86	0,9169
	C	495 C-Trapianto di polmone	50.029,95	-	-	-		614,74	233,40	9,287

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14°
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
			800,00	650,00	800,00	650,00				
1	C	006 C-Decompressione del tunnel carpale	800,00	650,00	800,00	650,00	5	637,28	286,19	0,5437
1	M	009 M-Malattie e traumi del midollo spinale.	3.665,41	3.345,45	124,47	124,47	32	566,69	246,60	1,2786
1	M	010 M-Neoplasie del sistema nervoso con CC	3.693,52	3.370,85	124,47	124,47	38	404,14	263,86	1,2884
1	M	011 M-Neoplasie del sistema nervoso no CC	2.192,65	2.001,32	124,47	124,47	29	433,09	241,03	0,7649
1	M	012 M-Disturbi degenerativi sistema nervoso	2.737,98	2.498,55	124,47	124,47	29	440,88	215,42	0,9550
1	M	013 M-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.389,92	2.180,76	124,47	124,47	25	430,85	218,77	0,8336
1	M	014 M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T.	3.485,97	3.181,69	124,47	124,47	37	385,20	211,53	1,2116
1	M	015 M-A.I.T. e occlusioni precerebrali	1.909,99	1.742,98	124,47	124,47	19	447,56	213,20	0,6662
1	M	016 M-Malattie cerebrovasc. aspecifiche con CC	3.178,45	2.900,64	124,47	124,47	26	430,85	223,22	1,1086
1	M	017 M-Malattie dei nervi cranici e periferici no CC	1.841,90	1.680,83	124,47	124,47	23	381,87	143,61	0,6424
1	M	018 M-Malattie dei nervi cranici e periferici con C.C	2.587,41	2.361,33	124,47	124,47	29	408,75	216,42	0,9170
1	M	019 M-Malattie dei nervi cranici e periferici no C.C	1.632,00	1.489,46	124,47	124,47	22	418,12	156,93	0,5958
1	M	020 M-Infezioni sistema nerv., eccetto meningite virale	5.745,64	5.243,55	124,47	124,47	37	525,50	197,06	2,0042
1	M	021 M-Meningite virale	4.158,31	3.795,12	124,47	124,47	25	406,37	152,52	1,4505
1	M	022 M-Encefalopatia ipertensiva	2.081,86	1.899,72	124,47	124,47	20	411,93	233,24	0,7261
1	M	023 M-Stato stuporoso e coma non traumatici	2.351,54	2.146,17	124,47	124,47	28	492,09	184,26	0,8202
1	M	024 M-Convulsioni e cefalea età > 17 con c.c	2.741,14	2.501,77	124,47	124,47	22	442,71	225,19	0,9714
1	M	025 M-Convulsioni e cefalea età > 17 no c.c	1.447,11	1.320,58	124,47	124,47	16	437,26	161,18	0,5282
1	M	026 M-Convulsioni e cefalea età < 18	3.014,70	2.751,48	124,47	124,47	10	588,95	281,12	1,0516
1	M	027 M-Stato stuporoso e coma traum.coma > 1 ora	3.940,50	3.595,69	124,47	124,47	37	386,33	263,30	1,3744
1	M	028 M-Stato stupor. e coma traum.<1h, età > 17 con CC	3.500,02	3.194,12	124,47	124,47	26	515,47	273,32	1,2208
1	M	029 M-Stato stupor. e coma traum. <1h, età > 17 no CC	1.687,32	1.539,78	124,47	124,47	12	453,12	238,82	0,5885
1	M	030 M-Stato stupor. e coma traum. <1h, età < 18	1.030,11	939,85	124,47	124,47	5	728,14	315,63	0,3593
1	M	031 M-Commozione cerebrale, età > 17 con CC	2.209,41	2.016,46	124,47	124,47	15	478,73	351,26	0,7707
1	M	032 M-Commozione cerebrale, età > 17 no CC	1.277,11	1.165,23	124,47	124,47	7	571,15	183,69	0,4454
1	M	033 M-Commozione cerebrale, età < 18	7.150,03	652,33	124,47	124,47	5	585,63	363,50	0,2494
1	M	034 M-Altre malattie del sistema nervoso, con CC	3.280,07	2.993,61	124,47	124,47	32	386,33	273,32	1,1442
1	M	035 M-Altre malattie del sistema nervoso, no CC	1.602,46	1.462,49	124,47	124,47	21	426,41	229,34	0,5590
2	C	036 C-Interventi sulla retina	1.788,39	1.632,19	1.430,71	1.305,75	13	518,82	199,28	0,6238
2	C	037 C-Interventi sull' orbita	2.260,20	2.062,40	1.808,16	1.649,92	20	1.017,59	260,52	0,7883
2	C	038 C-Interventi primari sull' iride	1.027,40	937,69	821,92	750,15	12	474,28	240,47	0,3584
2	C	039 C-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.033,00	900,00	1.033,00	900,00	5	692,60	250,55	0,4858
2	C	040 C-Interventi extraoculari, eccetto l'orbita, età > 17	1.410,96	1.287,53	1.128,46	1.029,82	7	557,48	269,17	0,5150
2	C	041 C-Interventi extraoculari, eccetto l'orbita, età < 18	1.017,42	928,07	813,94	742,67	2	913,90	270,23	0,3713
2	C	042 C-Interventi intraoculari, eccetto retina, iride, cristallino	1.635,10	1.492,04	1.308,19	1.193,53	10	538,34	202,14	0,5968
2	M	043 M-Emorragia sub-congiuntivale (ifema)	1.154,42	1.053,35	1.24,47	124,47	10	513,25	192,04	0,4026
2	M	044 M-Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.653,26	1.508,97	124,47	124,47	19	417,50	163,66	0,5767
2	M	045 M-Malattie neurologiche dell'occhio	1.717,04	1.566,79	124,47	124,47	19	469,82	266,08	0,5989
2	M	046 M-Altre malattie dell'occhio, età > 17 con CC	2.068,89	1.888,37	124,47	124,47	18	521,04	261,07	0,7217

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14°
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
2	M	047 M-Altre malattie dell'occhio, età >17 no CC	1.191,72	1.087,40	124,47	124,47	13	494,33	242,71	0,4156
2	M	048 M-Altre malattie dell'occhio, età < 18	1.169,55	1.067,41	124,47	124,47	10	582,28	303,94	0,4079
3	C	050 C-Sialoadenectomia	1.890,53	1.725,15	1.512,43	1.380,12	12	541,09	240,47	0,6594
3	C	051 C-Interventi ghiandole salivari, eccetto sialoadenectomia	1.799,73	1.642,46	1.439,78	1.313,97	8	549,98	237,69	0,6278
3	C	052 C-Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.253,18	2.056,46	1.802,54	1.645,17	14	465,38	227,68	0,7859
3	C	053 C-Interventi su seni e mastoide, età > 17	2.074,83	1.893,23	1.659,87	1.514,59	11	563,36	210,42	0,7237
3	C	054 C-Interventi su seni e mastoide, età < 18	2.005,11	1.829,99	1.604,09	1.463,99	12	440,88	172,56	0,6994
3	C	055 C-Miscellanea Interventi orecchio, naso, bocca e gola	1.498,24	1.367,58	1.198,70		8	628,76	227,14	0,5469
3	C	056 C-Rinoplastica	1.768,39	1.613,81	1.414,71	1.291,05	10	625,70	227,13	0,6188
3	C	057 C-Interv. tons/aden, eccetto solo tonsillect e/o adenoidect. età > 17	2.535,85	2.314,26	2.028,68	1.851,40	10	539,98	202,62	0,8845
3	C	058 C-Interventi tons/aden, eccetto tonsillect e/o adenoidect. età < 18	901,49	822,58	721,19	658,06	5	497,65	271,65	0,3145
3	C	059 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17	1.225,23	1.118,21	980,18	894,57	5	509,90	191,49	0,4273
3	C	060 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	760,96	694,49	608,77	555,59	2	553,34	244,38	0,2655
3	C	061 C-Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17	2.469,36	2.253,72	1.975,49	1.802,98	10	1.044,32	391,89	0,8613
3	C	062 C-Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18	898,79	820,42	719,03	656,33	4	548,88	317,85	0,3136
3	C	063 C-Altri Interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.989,83	2.728,79	2.391,87	2.183,03	17	585,63	219,33	1,0429
3	M	064 M-Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.164,93	2.888,22	124,47	124,47	23	535,52	246,05	1,1039
3	M	065 M-Alterazioni dell'equilibrio	1.348,47	1.230,72	124,47	124,47	16	428,76	219,70	0,4922
3	M	066 M-Epistassi	1.400,34	1.278,19	124,47	124,47	11	487,63	182,59	0,4885
3	M	067 M-Epiglotidite	2.415,32	2.203,99	124,47	124,47	13	528,84	281,67	0,8424
3	M	068 M-Otite media e infezioni alle vie respiratorie, età > 17 con C.C	2.068,89	1.887,83	124,47	124,47	17	407,48	261,64	0,7216
3	M	069 M-Otite media e infezioni alle vie respiratorie, età > 17 no C.C	1.433,30	1.308,45	124,47	124,47	13	463,15	227,13	0,5000
3	M	070 M-Otite media e infezioni alle vie respiratorie, età < 18	1.756,49	1.603,00	124,47	124,47	10	535,52	200,95	0,6126
3	M	071 M-Laringotracheite	2.196,98	2.005,11	124,47	124,47	10	488,77	267,20	0,7664
3	M	072 M-Traumatismi e deformità del naso	2.156,44	1.967,82	124,47	124,47	17	584,49	278,34	0,7522
3	M	073 M-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17	997,69	910,67	124,47	124,47	10	772,65	296,15	0,3480
3	M	074 M-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18	6.872,51	6.272,05	5.498,01	5.017,64	53	514,36	230,46	2,3973
4	C	077 C-Altri Interventi sull'apparato respiratorio con CC	2.926,59	2.670,95	2.341,27	2.136,76	37	430,85	219,88	1,0208
4	M	078 M-Embolia polmonare	4.114,00	3.754,59	124,47	124,47	37	407,48	220,44	1,4350
4	M	079 M-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 con CC	5.019,80	4.581,49	124,47	124,47	58	430,85	218,21	1,7510
4	M	080 M-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 no CC	2.756,90	2.516,38	124,47	124,47	52	376,31	200,40	0,9617
4	M	081 M-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18	3.210,88	2.930,38	124,47	124,47	18	768,22	313,41	1,1200
4	M	082 M-Neoplasie dell'apparato respiratorio	3.672,42	3.351,40	124,47	124,47	33	482,07	180,91	1,2809
4	M	083 M-Traumi maggiori del torace con CC	2.720,67	2.482,88	124,47	124,47	11	455,36	243,81	0,9490
4	M	084 M-Traumi maggiori del torace no CC	1.371,15	1.251,16	124,47	124,47	10	437,54	235,48	0,4783
4	M	085 M-Versamento pleurico con CC	3.431,38	3.131,43	124,47	124,47	37	400,79	246,05	1,1969
4	M	086 M-Versamento pleurico no CC	1.924,04	1.755,95	124,47	124,47	31	380,77	150,30	0,6711
4	M	087 M-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.898,34	3.557,31	124,47	124,47	24	467,60	231,57	1,3597

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14°
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
4	M	088 M-Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	2.723,28	2.485,19	124,47	124,47	26	375,56	186,18	0,9941
4	M	089 M-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con CC	3.172,59	2.895,26	124,47	124,47	31	384,06	217,04	1,1581
4	M	090 M-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 no C.C	1.942,39	1.772,48	124,47	124,47	25	341,52	128,20	0,709
4	M	091 M-Polmonite semplice e pleurite, età < 18	2.187,71	1.996,62	124,47	124,47	33	409,60	229,27	0,7985
4	M	092 M-Malattia polmonare interstiziale con CC	3.433,00	3.133,05	124,47	124,47	37	436,42	217,65	1,1975
4	M	093 M-Malattia polmonare interstiziale no CC	2.214,26	2.020,78	124,47	124,47	26	393,01	211,53	0,7723
4	M	094 M-Pneumotorace con CC	3.682,17	3.342,22	124,47	124,47	37	433,09	235,48	1,2774
4	M	095 M-Pneumotorace no CC	1.712,18	1.563,00	124,47	124,47	19	388,56	199,28	0,5973
4	M	096 M-Bronchite e asma, età > 17 con CC	2.686,09	2.451,53	124,47	124,47	21	390,77	206,52	0,9369
4	M	097 M-Bronchite e asma, età > 17 no CC	1.774,87	1.619,76	124,47	124,47	17	374,09	140,28	0,6191
4	M	098 M-Bronchite e asma, età < 18	2.556,54	2.334,78	124,47	124,47	11	457,58	250,51	0,8924
4	M	099 M-Segni e sintomi respiratori con CC	2.185,62	1.994,31	124,47	124,47	30	369,64	124,13	0,7623
4	M	100 M-Segni e sintomi respiratori no CC	1.447,35	1.320,88	124,47	124,47	21	372,96	116,34	0,5049
4	M	101 M-Altro diagnosi apparato respiratorio con CC	2.619,07	2.389,92	124,47	124,47	24	472,06	252,73	0,9135
4	M	102 M-Altro diagnosi apparato respiratorio no CC	1.555,44	1.419,78	124,47	124,47	13	469,82	241,03	0,5426
5	C	117 C-Revisione pacemaker card. eccetto sostituzione	3.515,70	3.208,71	2.812,56	2.566,97	13	809,40	321,75	1,2264
5	C	118 C-Sostituzione di Pacemaker cardiaco	4.546,37	4.149,12	3.637,09	3.319,29	7	1.986,21	280,01	1,5858
5	C	119 C-Legatura e stripping di vena	1.321,61	1.206,44	2.114,89	1.930,00	7	563,86	252,14	0,965
5	C	120 C-Altro interventi sull'apparato circolatorio	5.706,74	5.207,89	4.565,39	4.166,31	40	663,55	336,78	1,9906
5	M	124 M-Malattie cardiovasc. no IMA, con cateterismo card. e diag.CC	3.448,68	3.147,10	2.758,94	2.517,68	22	654,65	389,10	1,2029
5	M	125 M-Malattie cardiovasc. eccetto IMA, con cateter. card. diag. no CC	2.175,35	1.985,12	1.740,28	1.588,10	10	709,20	265,52	0,7587
5	M	127 M-Insufficienza cardiaca e shock	2.780,60	2.537,87	124,47	124,47	24	437,26	204,80	1,015
5	M	128 M-Tromboflebite delle vene profonde	2.256,96	2.059,70	124,47	124,47	26	405,25	198,16	0,7873
5	M	129 M-Arresto cardiaco senza causa apparente	3.678,39	3.356,80	124,47	124,47	31	699,16	216,55	1,2831
5	M	130 M-Malattie vascolari periferiche con CC	2.569,32	2.344,84	124,47	124,47	29	427,37	226,84	0,9106
5	M	131 M-Malattie vascolari periferiche no CC	1.605,66	1.465,19	124,47	124,47	21	367,04	203,74	0,5861
5	M	132 M-Aterosclerosi con CC	2.142,16	1.954,92	124,47	124,47	25	427,37	160,54	0,7591
5	M	133 M-Aterosclerosi no CC	1.455,38	1.328,33	124,47	124,47	19	381,94	143,09	0,5312
5	M	134 M-iperensione	1.549,37	1.414,06	124,47	124,47	17	406,42	152,67	0,5655
5	M	135 M-Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 con CC	2.472,61	2.256,42	124,47	124,47	23	446,44	229,91	0,8625
5	M	136 M-Malattie cardiache congenite, valvolari, età > 17 no CC	1.509,50	1.377,64	124,47	124,47	19	380,77	226,56	0,5266
5	M	137 M-Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18	1.838,11	1.677,58	124,47	124,47	16	1.064,35	383,54	0,6411
5	M	138 M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.325,06	2.121,95	124,47	124,47	18	474,28	299,48	0,8110
5	M	139 M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca no CC	1.439,24	1.313,31	124,47	124,47	13	465,38	225,45	0,5020
5	M	140 M-Angina pectoris	1.782,98	1.627,33	124,47	124,47	19	469,82	227,68	0,6219
5	M	141 M-Sincope e collasso con CC	1.974,60	1.802,25	124,47	124,47	21	405,45	166,56	0,6998
5	M	142 M-Sincope e collasso no CC	1.383,07	1.262,22	124,47	124,47	13	430,88	147,35	0,5048
5	M	143 M-Dolore toracico	1.480,33	1.351,14	124,47	124,47	12	487,63	365,18	0,5164

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14*
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
5	M	144 M-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.053,06	2.786,61	124,47	124,47	28	465,38	253,29	1,0650
5	M	145 M-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio no CC	1.788,92	1.632,74	124,47	124,47	19	416,39	235,48	0,6240
6	C	150 C-Lisi aderenze peritoneali con CC	7.305,95	6.667,67	5.844,76	5.334,14	38	601,20	262,74	2,5484
6	C	151 C-Lisi aderenze peritoneali no CC	3.407,06	3.109,81	2.725,65	2.487,85	20	492,09	203,18	1,1885
6	C	157 C-Interventi su ano e stomia con CC	2.623,08	2.393,78	2.098,36	1.915,02	18	471,30	225,02	0,9575
6	C	158 C-Interventi su ano e stomia no CC	1.362,93	1.243,63	1.090,24	995,21	10	440,46	222,36	0,4975
6	C	159 C-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 con CC	3.032,65	2.767,74	2.426,12	2.214,20	25	455,86	208,75	1,0747
6	C	160 C-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 no CC	1.689,85	1.542,14	1.351,57	1.233,82	16	433,00	198,95	0,6168
6	C	161 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, > 17 con C.C	2.206,53	2.013,97	1.765,22	1.611,18	13	475,59	243,82	0,7820
6	C	162 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 no CC	1.274,10	1.163,06	1.019,49	930,14	7	445,78	214,38	0,4651
6	C	163 C-Interventi per ernia, età < 18	1.326,78	1.210,57	1.061,32	968,87	5	984,10	303,21	0,4843
6	C	164 C-Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	6.194,22	5.653,23	4.955,38	4.522,58	24	595,63	250,51	2,1607
6	C	165 C-Appendicectomia con diagnosi principale complicata no CC	3.463,28	3.160,62	2.770,63	2.528,49	11	578,93	239,36	1,2080
6	C	166 C-Appendicectomia con diagnosi princip. no complicata con CC	3.798,91	3.467,05	3.039,13	2.773,64	17	497,65	243,81	1,3251
6	C	167 C-Appendicectomia con diagnosi principale no complicata no CC	2.148,97	1.960,79	1.719,09	1.568,63	8	534,42	200,40	0,7495
3	C	168 C-Interventi sulla bocca con CC	2.839,04	2.590,97	2.271,23	2.072,77	21	310,61	213,20	0,9902
3	C	169 C-Interventi sulla bocca no CC	1.659,21	1.514,37	1.327,37	1.211,49	11	601,20	210,97	0,5788
6	C	170 C-Altri interventi sull'apparato digerente con CC	7.829,67	7.145,44	6.263,73	5.716,35	45	660,22	262,74	2,7310
6	C	171 C-Altri interventi sull'apparato digerente no CC	3.124,41	2.851,47	2.499,53	2.281,18	33	421,96	229,91	1,0898
6	M	172 M-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	3.724,32	3.398,41	124,47	124,47	33	518,82	256,07	1,2990
6	M	173 M-Neoplasie maligne dell'apparato digerente no CC	1.819,19	1.660,30	124,47	124,47	24	418,61	234,36	0,6346
6	M	174 M-Emorragia gastroenteriale con CC	2.807,69	2.562,32	124,47	124,47	24	499,90	228,23	0,9794
6	M	175 M-Emorragia gastroenteriale no CC	1.578,68	1.440,33	124,47	124,47	19	406,37	207,64	0,5506
6	M	176 M-Ulcera peptica complicata	2.961,72	2.702,84	124,47	124,47	24	512,15	231,57	1,0331
6	M	177 M-Ulcera peptica non complicata con CC	2.273,71	2.074,83	124,47	124,47	21	410,83	199,28	0,7931
6	M	178 M-Ulcera peptica non complicata no CC	1.639,76	1.496,54	124,47	124,47	17	391,90	146,95	0,5720
6	M	179 M-Malattie infiammatorie dell'intestino	3.166,01	2.889,30	124,47	124,47	28	478,73	226,00	1,1044
6	M	180 M-Occlusione gastroenteriale con CC	2.660,15	2.427,74	124,47	124,47	25	423,06	231,02	0,9279
6	M	181 M-Occlusione gastroenteriale no CC	1.435,46	1.310,08	124,47	124,47	16	390,77	146,39	0,5007
6	M	182 M-Esofag., gastroen, miscel. malattie app. digeren., età > 17 con CC	2.115,41	1.930,52	124,47	124,47	22	412,80	154,80	0,7721
6	M	183 M-Esofag., gastroen, miscel. malattie app. digerente, età > 17 no CC	1.450,73	1.324,20	124,47	124,47	16	408,54	153,20	0,5296
6	M	184 M-Esofag., gastroen., miscel. malattie app. digerente, età < 18	1.541,11	1.406,31	124,47	124,47	7	469,18	247,36	0,5625
3	M	185 M-Malattie denii e cavo orale eccetto estraz. e riparaz., età > 17	2.251,56	2.054,83	124,47	124,47	16	527,71	255,51	0,7854
3	M	186 M-Malattie denii e cavo orale eccetto estraz. e riparaz., età < 18	1.196,58	1.092,27	124,47	124,47	10	519,92	274,43	0,4174
3	M	187 M-Estrazioni e riparazioni dentali	1.547,82	1.412,51	124,47	124,47	7	816,02	261,19	0,5650
6	M	188 M-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 con CC	2.858,50	2.608,80	124,47	124,47	24	557,79	235,48	0,9971
6	M	189 M-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 no CC	1.377,09	1.257,12	124,47	124,47	17	454,25	231,57	0,4804
6	M	190 M-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18	1.948,36	1.778,11	124,47	124,47	10	583,38	262,74	0,6796
7	C	199 C-Procedure diagnost. epatobiliari per neoplasie maligne	6.701,73	6.115,86	5.361,38	4.892,69	49	478,73	179,25	2,3376

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14^a
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
7	C	200 C-P procedure diagnost. epatobiliari non per neoplasie maligne	7.799,40	7.117,88	6.239,52	5.694,30	43	485,42	302,27	2,7205
7	M	202 M-Cirrosi e epatite alcolica	3.725,93	3.400,04	124,47	124,47	28	586,74	267,76	1,2996
7	M	203 M-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreatico	3.485,44	3.181,16	124,47	124,47	30	496,55	236,02	1,2158
7	M	204 M-Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.198,99	2.919,57	124,47	124,47	26	440,88	219,33	1,1158
7	M	205 M-Mal. legato eccetto neoplasie mal., cirrosi, epatite alc. con CC	3.511,37	3.204,94	124,47	124,47	30	590,07	261,07	1,2249
7	M	206 M-Mal. legato eccetto neoplasie mal., cirrosi, epatite alc. no CC	1.752,71	1.599,23	124,47	124,47	18	436,42	234,91	0,6113
7	M	207 M-Malattie delle vie biliari con CC	2.769,33	2.527,30	124,47	124,47	26	442,71	206,57	0,9814
7	M	208 M-Malattie delle vie biliari no CC	1.524,06	1.391,33	124,47	124,47	19	412,80	161,18	0,5564
8	C	216 C-Biopsie sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	5.970,70	5.448,95	4.776,56	4.359,16	29	591,19	334,55	2,0429
8	C	218 C-Interv. artro inf. omero eccetto anca, piede, fem. età > 17 con CC	4.145,95	3.783,41	3.316,76	3.026,73	33	521,04	199,84	1,4186
8	C	219 C-Interv. artro inf. omero eccetto anca, piede, femore età > 17 no CC	2.617,59	2.388,94	2.094,07	1.911,15	19	472,06	189,26	0,8956
8	C	220 C-Interventi artro inf. omero eccetto anca, piede, femore, età < 18	2.742,11	2.502,44	2.193,69	2.001,96	20	478,73	219,88	0,9382
8	C	221 C-Interventi sul ginocchio con CC	5.128,34	4.680,42	4.102,67	3.744,33	25	443,81	203,83	1,7828
8	C	222 C-Interventi sul ginocchio no CC	2.614,82	2.386,03	2.091,65	1.908,82	15	502,16	188,31	0,9544
8	C	223 C-Interventi mag. spalla, gomito o altri inter. artro superiore con CC	2.479,10	2.259,70	1.983,28	1.807,76	17	506,57	212,09	0,8087
8	C	224 C-Interventi spalla, gomito/avamb. eccetto interv. mag. art. no CC	2.001,69	1.826,81	1.601,35	1.461,45	12	508,79	202,07	0,6538
8	C	225 C-Interventi sul piede	2.399,96	2.190,05	1.919,97	1.752,04	13	563,36	244,93	0,8212
8	C	226 C-Interventi sui tessuti molli con CC	3.869,91	3.531,62	3.095,93	2.825,30	29	435,31	219,88	1,3241
8	C	227 C-Interventi sui tessuti molli no CC	1.977,93	1.804,93	1.582,34	1.443,94	13	551,11	218,21	0,6767
8	C	228 C-Interv. mag. pollice o articolazioni o interv. mano/polso con CC	2.326,68	2.123,37	1.861,35	1.698,70	12	610,11	249,95	0,7961
8	C	229 C-Interv. mano o polso, eccetto interv. magg. articolazioni no CC	1.618,70	1.477,11	1.294,96	1.181,69	7	626,82	210,42	0,5539
8	C	230 C-Escissione locale rimoz. mezzi fis. intramidollare anca e femore	2.682,60	2.448,44	2.146,08	1.958,75	16	535,52	161,99	0,9179
8	C	231 C-Escissione locale rimoz. mezzi fis. intramidollare no anca e femore	3.227,49	2.945,41	2.581,99	2.356,33	12	745,95	248,27	1,1044
8	C	232 C-Artroscopia	1.901,08	1.734,78	1.520,97	1.387,72	7	674,52	200,55	0,6939
8	C	233 C-Altro interv. sist. muscolo-scheletrico e tessuto connet. con CC	5.429,67	4.955,30	4.343,73	3.964,24	36	654,65	271,65	1,8579
8	C	234 C-Altro interv. sist. muscolo-scheletrico e tessuto connet. no CC	2.617,59	2.388,94	2.094,07	1.911,15	18	465,38	220,99	0,8957
8	M	235 M-Fratture del femore	2.926,59	2.670,95	2.474,47	2.247,47	18	351,82	268,32	1,0209
8	M	236 M-Fratture dell'anca e della pelvi	2.329,93	2.126,71	1.943,47	1.752,04	21	332,88	282,79	0,8128
8	M	237 M-Distorsioni, stiramenti, lussazioni, anca, pelvi, coscia	1.575,44	1.438,16	1.247,47	1.115,15	11	421,96	221,55	0,5496
8	M	238 M-Osteomielite	4.424,76	4.038,33	3.643,73	3.258,33	40	406,37	152,52	1,5435
8	M	239 M-Frattura pat. e neoplasie mal. sist. muscolo-schelet. e tess. connet.	2.986,04	2.725,01	2.474,47	2.247,47	32	518,82	257,18	1,0415
8	M	240 M-Malattie del tessuto connettivo con CC	3.287,63	3.000,64	2.725,01	2.474,47	33	497,65	186,48	1,1468
8	M	241 M-Malattie del tessuto connettivo no CC	1.657,59	1.512,74	1.387,72	1.247,47	24	408,60	153,63	0,5782
8	M	242 M-Arrite settica	3.401,12	3.103,86	2.825,30	2.548,33	42	330,66	166,44	1,1864
8	M	243 M-Affezioni mediche del dorso	1.872,16	1.708,44	1.548,33	1.407,72	18	361,72	135,65	0,6834
8	M	244 M-Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.074,61	1.893,75	1.725,01	1.548,33	25	374,78	140,81	0,7353
8	M	245 M-Malattie dell'osso e artropatie specifiche no CC	1.381,52	1.260,67	1.146,08	1.026,07	18	284,06	106,39	0,5043
8	M	246 M-Artropatie non specifiche	1.635,98	1.492,75	1.343,73	1.203,73	23	354,04	132,48	0,5706
8	M	247 M-Segni, sintomi sist. muscolo-scheletrico e al tess. connettivo	1.628,95	1.486,81	1.343,73	1.203,73	16	410,83	154,19	0,5682

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14*
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasterito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
8	M	248 M-Tendinite, miosite e borsite	1.935,39	1.766,22	124,47	124,47	21	501,01	224,34	0,6750
8	M	249 M-Ass.rabilitativa per malattie sist.muscolo-schel. e tess.connett.	1.997,01	1.822,43	124,47	124,47	12	650,20	240,47	0,6965
8	M	250 M-Frat.dist.sitram.iuss.avam.mano.piede età >17 no CC	2.020,24	1.843,50	124,47	124,47	13	470,96	187,04	0,7047
8	M	251 M-Frat.dist.sitram.iuss.avam.mano.piede età >17 no CC	1.259,81	1.150,10	124,47	124,47	7	488,77	176,46	0,4395
8	M	252 M-Frat.dist.sitram.iuss.avam.mano.piede, età < 18	1.017,68	928,50	124,47	124,47	5	686,93	257,74	0,3549
8	M	253 M-Frat.dist.sitram.iuss.brac.gamb.eccetto piede età >17 con CC	2.228,86	2.033,76	124,47	124,47	20	416,39	210,42	0,7774
8	M	254 M-Frat.dist.sitram.iuss.brac.gamb.eccetto piede età >17 no CC	1.212,79	1.106,86	124,47	124,47	10	415,28	155,87	0,4231
8	M	255 M-Frat.dist.sitram.iuss.brac.gamb.eccetto piede, età < 18	1.350,07	1.232,25	124,47	124,47	10	592,30	222,11	0,4709
8	M	256 M-Altre diagnost.sist.muscolo-scheletrico e tess.connettivo	1.782,29	1.626,32	124,47	124,47	15	481,94	180,86	0,6505
9	C	257 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	2.740,51	2.500,97	2.192,41	2.000,78	20	416,39	214,31	0,8950
9	C	258 C-Mastectomia subtotala per neoplasie maligne no CC	2.143,68	1.956,68	1.714,94	1.565,34	18	473,17	204,86	0,7002
9	C	259 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne no CC	2.686,24	2.451,33	2.149,00	1.961,06	19	521,04	195,38	0,8774
9	C	260 C-Mastectomia subtotala per neoplasie maligne no CC	1.732,72	1.581,50	1.386,18	1.265,20	13	459,12	169,77	0,5659
9	C	261 C-interv.mammella, non neoplasie mal.eccetto biopsia e esciss.loc.	2.059,16	1.879,18	1.647,32	1.503,35	10	507,69	249,38	0,7183
9	C	262 C-Biopsia mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.464,16	1.336,59	1.171,32	1.069,07	5	601,10	253,74	0,5345
9	C	263 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite con CC	7.282,72	6.646,60	5.826,17	5.317,28	57	341,80	140,83	2,5403
9	C	264 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite no CC	3.630,28	3.313,03	2.904,22	2.650,42	30	375,20	128,03	1,2662
9	C	265 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere pelle/cellulite con CC	3.996,16	3.647,03	3.196,93	2.917,63	15	465,38	228,23	1,3939
9	C	266 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere pelle/cellulite no CC	2.000,25	1.825,68	1.600,20	1.460,54	10	470,96	177,02	0,6978
9	C	267 C-interventi perianali e pilonidali	1.711,02	1.561,25	1.368,61	1.249,31	7	455,34	231,40	0,6245
9	C	268 C-Chirurgia plastica pelle, tess. sottocutaneo, mammella	2.155,36	1.967,27	1.724,29	1.573,82	11	562,25	228,23	0,7519
9	C	269 C-Altro int.pelle, sottocute, mammella con CC	4.784,36	4.366,25	3.827,49	3.493,00	33	664,06	266,29	1,6956
9	C	270 C-Altro int.pelle, sottocute, mammella no CC	868,68	792,76	1.390,30	1.268,93	12	506,42	220,23	0,6343
9	M	271 M-Ulcere pelle	3.431,38	3.131,97	124,47	124,47	34	382,95	195,95	1,1970
9	M	272 M-Malattie magg. pelle con CC	3.003,88	2.741,22	124,47	124,47	26	496,55	243,81	1,0477
9	M	273 M-Malattie magg. pelle no CC	1.887,29	1.722,45	124,47	124,47	19	365,18	217,65	0,6583
9	M	274 M-Neoplasie maligne della mammella con CC	3.317,35	3.027,66	124,47	124,47	26	546,65	207,08	1,1572
9	M	275 M-Neoplasie maligne della mammella no CC	1.707,85	1.558,69	124,47	124,47	26	391,90	172,56	0,5957
9	M	276 M-Patologie non maligne mammella	1.667,12	1.521,48	124,47	124,47	17	575,58	217,04	0,6085
9	M	277 M-Cellulite, età > 17 con CC	2.590,43	2.363,97	124,47	124,47	26	379,66	142,50	0,9036
9	M	278 M-Cellulite, età > 17 no CC	1.702,99	1.554,36	124,47	124,47	19	375,20	140,83	0,5941
9	M	279 M-Cellulite, età < 18	2.144,01	1.957,01	124,47	124,47	13	423,06	266,08	0,7479
9	M	280 M-Traumi pelle, sottocute, mammella, >17 con CC	1.920,88	1.752,78	124,47	124,47	18	428,46	283,82	0,6807
9	M	281 M-Traumi pelle, sottocute, mammella, >17 no CC	1.169,77	1.067,52	124,47	124,47	10	475,56	266,51	0,4270
9	M	282 M-Traumi pelle, sottocute, mammella, età < 18	952,35	869,20	124,47	124,47	5	636,22	238,85	0,3476
9	M	283 M-Malattie minori della pelle con CC	2.070,48	1.889,72	124,47	124,47	22	403,22	151,07	0,7558
9	M	284 M-Malattie minori della pelle no CC	1.219,35	1.112,45	124,47	124,47	15	404,28	216,50	0,4450
10	C	289 C-interventi su paratiroidi	2.939,02	2.682,32	2.351,22	2.145,85	16	435,31	252,16	1,0252
10	C	290 C-interventi sulla tiroide	2.135,35	1.948,89	1.708,28	1.559,12	12	474,28	177,57	0,7448

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14*
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Dedeuto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
10	C	291 C-Interventi sul dotto ileogrosso	1.403,57	1.280,89	1.122,86	1.024,71	11	562,25	215,99	0,4896
10	C	292 C-Altri int.per malattie endocr.nutr.metabol con CC	8.150,16	7.437,83	6.520,13	5.950,26	65	974,18	365,18	2,8428
10	C	293 C-Altri int.per malattie endocr.nutr.metabol. no CC	3.235,20	2.952,54	2.588,16	2.362,03	28	369,64	138,61	1,1284
10	M	294 M-Diabete, età >35	2.052,40	1.872,67	124,47	124,47	23	374,50	140,43	0,7491
10	M	295 M-Diabete, età <36	2.213,73	2.020,24	124,47	124,47	16	411,93	278,89	0,7721
10	M	296 M-Disturbi nutrizione,metabolismo,>17 con CC	2.697,98	2.461,79	124,47	124,47	28	446,44	243,81	0,9410
10	M	297 M-Disturbi nutrizione,metabolismo,>17 no CC	1.511,12	1.379,25	124,47	124,47	19	426,41	218,21	0,5271
10	M	298 M-Disturbi nutrizione,metabolismo, età <18	1.369,52	1.250,08	124,47	124,47	10	464,25	218,77	0,4777
10	M	299 M-Difetti congeniti metabolismo	2.406,13	2.195,89	124,47	124,47	16	662,43	248,83	0,8392
10	M	300 M-Malattie endocrini con CC	3.174,68	2.897,53	124,47	124,47	24	424,07	244,91	1,1251
10	M	301 M-Malattie endocrini no CC	1.591,72	1.452,79	124,47	124,47	13	426,62	160,12	0,5811
11	C	306 C-Prostatectomia con CC	3.653,52	3.334,10	2.922,82	2.667,28	23	415,28	234,91	1,2744
11	C	307 C-Prostatectomia no CC	1.974,84	1.802,43	1.579,87	1.441,94	20	355,15	194,82	0,6889
11	C	308 C-Interventi minori vescica con CC	4.103,73	3.745,40	3.282,98	2.996,32	24	641,28	304,50	1,4315
11	C	309 C-Interventi minori vescica no CC	2.088,88	1.906,75	1.671,10	1.525,40	19	452,02	169,22	0,7287
11	C	310 C-Int. per via transuretrale con CC	2.545,57	2.323,44	2.036,46	1.858,75	16	438,66	279,45	0,8880
11	C	311 C-Int. per via transuretrale no CC	1.477,08	1.348,45	1.181,67	1.078,76	12	463,15	173,68	0,5153
11	C	312 C-Interventi uretra, età >17 con CC	2.316,95	2.114,28	1.853,56	1.691,42	18	444,23	226,56	0,8082
11	C	313 C-Interventi uretra, età >17 no CC	1.325,21	1.209,55	1.080,17	967,64	12	404,14	201,52	0,4623
11	C	314 C-Interventi uretra, età <18	1.258,19	1.148,47	1.006,55	918,78	16	651,30	215,99	0,4389
11	C	315 C-Altri interventi su rene e vie urinarie	5.837,53	5.327,34	4.670,02	4.261,87	41	640,17	235,48	2,0362
11	M	316 M-Insufficienza renale	3.697,29	3.374,09	124,47	124,47	23	563,36	272,21	1,2896
11	M	317 M-Ricovero per Dialisi renale	1.454,92	1.327,91	124,47	124,47	30	149,19	183,69	0,5075
11	M	318 M-Neoplasie rene, vie urinarie con CC	3.223,31	2.941,72	124,47	124,47	33	492,09	302,83	1,1244
11	M	319 M-Neoplasie rene, vie urinarie no CC	1.453,30	1.326,29	124,47	124,47	21	522,15	222,11	0,5069
11	M	320 M-Infezioni rene, vie urinarie, età >17 con CC	2.811,48	2.566,11	124,47	124,47	23	467,60	222,11	0,9807
11	M	321 M-Infezioni rene, vie urinarie, età >17 no CC	1.792,17	1.635,98	124,47	124,47	17	405,25	175,35	0,6252
11	M	322 M-Infezioni rene, vie urinarie, età <18	1.831,62	1.671,64	124,47	124,47	11	486,52	182,03	0,6389
11	M	323 M-Calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia con ultrasuoni	2.082,59	1.900,66	vedi delibera	vedi delibera	18	445,99	261,90	0,7381
11	M	324 M-calcolosi urinaria no CC	1.056,67	964,74	124,47	124,47	11	411,72	190,97	0,3858
11	M	325 M-Segni, sintomi rene, vie urinarie, età >17 con CC	1.848,53	1.686,81	124,47	124,47	18	401,06	273,96	0,6551
11	M	326 M-Segni, sintomi rene, vie urinarie, età >17 no CC	1.137,24	1.038,08	124,47	124,47	13	417,04	235,65	0,4152
11	M	327 M-Segni, sintomi rene, vie urinarie, età <18	2.017,53	1.841,35	124,47	124,47	7	493,21	273,88	0,7038
11	M	328 M-Stenosi uretrale, età >17 con CC	1.824,05	1.664,62	124,47	124,47	17	297,26	163,66	0,6363
11	M	329 M-Stenosi uretrale, età >17 no CC	1.179,29	1.076,06	124,47	124,47	10	357,39	134,16	0,4113
11	M	330 M-Stenosi uretrale, età <18	811,23	740,44	124,47	124,47	15	282,80	188,71	0,2830
11	M	331 M-Altro diagnosi rene-vie urinarie, età >17 con C.C	2.799,59	2.554,76	124,47	124,47	24	489,87	234,91	0,9765
11	M	332 M-Altro diagnosi rene-vie urinarie, età >17 no C.C	1.532,74	1.398,71	124,47	124,47	16	435,31	234,91	0,5347
11	M	333 M-Altro diagnosi rene-vie urinarie, età <18	2.749,33	2.509,36	124,47	124,47	16	543,30	300,60	0,9590

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14°
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DESCRIZIONE	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasterito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
12	C	336 C-Prostatectomia transuretrale, con CC	2.495,31	2.277,51	1.996,25	1.822,00	13	372,96	197,06	0,8704
12	C	337 C-Prostatectomia transuretrale, no CC	1.739,21	1.587,32	1.391,37	1.269,86	10	362,95	190,93	0,6066
12	C	338 C-Interventi sul testicolo, per neoplasia maligna	2.690,96	2.455,85	2.152,77	1.964,68	10	475,39	243,81	0,9386
12	C	339 C-Int. sul testicolo, non per neoplasie maligne, età >17	2.171,03	1.981,33	1.736,83	1.585,06	7	548,88	205,96	0,7572
12	C	340 C-Int. sul testicolo, non per neoplasie maligne, età <18	1.261,98	1.151,72	1.009,58	921,37	5	590,07	322,31	0,4401
12	C	341 C-Interventi pene	2.775,27	2.533,14	2.220,22	2.026,51	13	935,21	219,88	0,9681
12	C	342 C-Circoncisione, età >17	826,36	754,48	661,09	603,58	5	709,20	285,57	0,5766
12	C	343 C-Circoncisione, età <18	551,27	503,17	441,01	402,53	2	612,34	263,30	0,3845
12	C	344 C-Altri int.app.riprodut.masch., per neoplasie maligne	3.029,83	2.764,99	2.423,86	2.212,00	27	528,84	198,16	1,0568
12	C	345 C-Altri int.app.riprodut.masch., no neoplasie maligne	2.156,44	1.967,82	1.725,15	1.574,25	18	407,48	243,81	0,7521
12	M	346 M-Neoplasie maligne app.genitale maschile con CC	2.840,12	2.591,51	1.24,47	1.24,47	33	482,07	266,08	0,9906
12	M	347 M-Neoplasie maligne app.genitale maschile no CC	1.467,89	1.339,80	1.24,47	1.24,47	22	433,09	248,27	0,5120
12	M	348 M-Iperplasia prostatica benigna con CC	1.953,77	1.782,98	1.24,47	1.24,47	22	453,12	209,31	0,6815
12	M	349 M-Iperplasia prostatica benigna no CC	1.132,79	1.033,89	1.24,47	1.24,47	17	420,85	208,19	0,3952
12	M	350 M-Infiammazione app.riproduttivo maschile	1.922,96	1.754,88	1.24,47	1.24,47	15	509,90	238,82	0,6707
12	M	352 M-Altre diagnosi relative all' app. riproduttivo maschile	1.663,00	1.517,61	1.24,47	1.24,47	10	553,34	207,64	0,5801
13	C	354 C-Int. utero, annessi per neoplasie non ovarie/ann. con CC	3.923,75	3.580,56	3.139,00	2.864,45	50	274,99	190,93	1,3686
13	C	355 C-Int. utero, annessi per neoplasie non ovarie/ann. no CC	2.434,78	2.221,83	1.947,82	1.777,47	15	431,98	143,61	0,8493
13	C	356 C-Interventi ricostruttivi app.riproduttivo femminile	2.015,38	1.839,19	1.612,30	1.471,35	14	389,66	145,84	0,7030
13	C	358 C-Int. utero/annessi, no neoplasie maligne con CC	3.172,50	2.895,25	2.538,00	2.316,20	20	475,39	213,20	1,1066
13	C	359 C-Int. utero/annessi, no neoplasie no CC	2.214,26	2.020,78	1.771,41	1.616,62	14	462,04	173,12	0,7723
13	C	360 C-Interventi vagina, cervice, vulva	2.300,20	2.099,15	1.840,16	1.679,32	12	703,62	263,86	0,8024
13	C	361 C-Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.800,13	2.555,30	2.240,10	2.044,24	7	729,24	273,32	0,9767
13	C	362 C-Occlusione endoscopica delle tube	1.449,52	1.323,05	1.159,62	1.058,44	2	458,69	173,68	0,5057
13	C	363 C-Dilat. e raschiam., con impianto mat.radioat. neop.mal.	1.792,17	1.635,43	1.433,74	1.308,35	10	525,50	289,46	0,6251
13	C	364 C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal.	775,20	707,55	1.240,01	1.132,07	5	687,28	242,57	0,5659
13	C	365 C-Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	4.900,36	4.472,31	3.920,29	3.577,85	30	531,06	199,28	1,7093
13	M	366 M-Neoplasie maligne dell'app.riproduttivo femminile con CC	3.485,44	3.181,16	1.24,47	1.24,47	24	567,80	277,77	1,2158
13	M	367 M-Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile no CC	1.378,18	1.258,19	1.24,47	1.24,47	21	440,88	272,21	0,4808
13	M	368 M-Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.528,81	1.397,77	1.24,47	1.24,47	11	504,34	189,26	0,8820
13	M	369 M-Disturbi mestruali et altri disturbi dell'app.riproduttivo femminile	1.525,72	1.392,22	1.24,47	1.24,47	10	502,11	289,46	0,5321
14	C	370 C-Taglio cesareo con CC	2.044,57	1.866,22	1.635,66	1.492,97	18	554,44	207,64	0,7132
14	C	371 C-Taglio cesareo no CC	1.453,83	1.326,83	1.163,07	1.061,46	12	486,52	182,59	0,5071
14	M	372 M-Parto vaginale con CC	1.059,30	966,88	1.24,47	1.24,47	11	639,06	268,32	0,3695
14	M	373 M-Parto vaginale no CC	729,62	665,84	583,70	532,67	6	565,57	212,09	0,2545
14	C	374 C-Parto vag. con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	1.444,10	1.317,64	1.155,28	1.054,11	7	591,19	276,67	0,5037
14	C	375 C-Parto vag. con altro int. eccetto steril. e/o dilatazione e raschiam.	1.587,32	1.448,43	1.269,86	1.188,74	14	564,47	364,62	0,5536
14	M	376 M-Diagnosi relative a posiparto, postaborto no intervento chirurgico	930,67	849,60	1.24,47	1.24,47	10	456,47	238,82	0,3247
14	C	377 C-Diagnosi relative a posiparto, postaborto con intervento chirurgico	2.406,13	2.195,89	1.924,91	1.756,71	10	1.020,94	382,98	0,8392

Allegato n.3.2

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14°
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
14	M	378 M-Gravidanza ectopica	2.205,62	2.013,22	124,47	124,47	11	521,04	195,38	0,7694
14	M	379 M-Minaccia d'aborto	786,36	717,72	124,47	124,47	10	620,14	232,69	0,2743
14	M	380 M-Aborto, senza dilatazione e raschiamento	983,10	897,16	124,47	124,47	7	544,42	204,30	0,3430
14	C	381 C-Aborto con dilataz. e raschiam. mediante aspiraz. o isterotomia	1.240,36	1.131,72	992,29	905,38	5	927,40	317,85	0,4326
14	M	382 M- Falso travaglio	425,88	388,59	124,47	124,47	12	271,66	101,87	0,1486
14	M	383 M-Altre diagnosi preparato con complicazioni mediche	1.131,72	1.032,82	124,47	124,47	12	430,85	207,64	0,3947
14	M	384 M-Altre diagnosi preparato no complicazioni mediche	774,48	706,92	124,47	124,47	10	492,09	188,15	0,2701
15		389 -Neonato a termine con affezioni maggiori	4.079,41	3.722,70	3.263,53	2.978,16	11	367,39	138,05	1,4229
15		390 -Neonato con altri affezioni significative	3.250,88	2.967,13	2.600,70	2.373,71	13	274,99	102,98	1,1340
15		391 -Neonato normale	645,68	589,20	516,54	471,36	7	-	-	0,2252
16	C	394 C-Altro interventi sugli organi emopoietici	4.577,17	4.177,23	3.661,73	3.341,78	17	802,73	320,64	1,5966
16	M	395 M-Anomalie dei globuli rossi, età >17	2.158,79	1.970,28	124,47	124,47	28	428,76	245,76	0,7881
16	M	396 M-Anomalie dei globuli rossi, età <18	1.949,99	1.779,74	124,47	124,47	17	597,87	244,93	0,6802
16	M	397 M-Difetti della coagulazione	3.413,02	3.114,68	124,47	124,47	22	757,08	363,50	1,1905
16	M	398 M-Disturbi sist.reticoloendoteliale e immunitario con CC	3.466,52	3.163,32	124,47	124,47	35	539,98	202,62	1,2091
16	M	399 M-Disturbi sist.reticoloendoteliale e immunitario no CC	1.931,06	1.761,90	124,47	124,47	18	485,42	182,03	0,6735
17	C	408 C-Alteraz.mieloproliferative o neopl. poco diff. con altri interventi	3.807,00	3.474,08	3.045,60	2.779,26	12	673,57	323,99	1,3279
17	M	409 M-Radioterapia	2.834,18	2.586,64	124,47	124,47	28	395,23	291,69	0,9886
17	M	410 M-Chemioterapia non associata a diagnosi second di leucemia acuta	1.747,31	1.594,89	124,47	124,47	11	605,66	293,92	0,6095
17	M	411 M-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1.220,35	1.113,35	124,47	124,47	20	355,15	178,13	0,4256
17	M	412 M-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.220,35	1.113,89	124,47	124,47	17	355,15	274,43	0,4257
17	M	413 M-Altre alteraz.mieloproliferative e neoplasie poco diff. con CC	3.823,23	3.488,67	124,47	124,47	41	450,90	244,38	1,3335
17	M	414 M-Altre alteraz.mieloproliferative e neoplasie poco diff. no CC	1.965,65	1.793,79	124,47	124,47	34	449,79	168,66	0,6857
17	M	416 M-Setticemia, età >17	4.364,22	3.982,66	124,47	124,47	37	456,47	227,68	1,5222
18	M	417 M-Setticemia, età <18	2.572,59	2.347,76	124,47	124,47	19	426,41	263,30	0,8974
18	M	418 M-Infezioni post-operatorie e post-traumatiche	2.774,73	2.532,61	124,47	124,47	22	466,50	243,26	0,9679
18	M	419 M-Febbre di origine sconosciuta,età >17 con CC	2.723,38	2.485,59	124,47	124,47	22	494,33	185,37	0,9500
18	M	420 M-Febbre di origine sconosciuta,età >17 no CC	1.866,22	1.702,99	124,47	124,47	21	428,63	160,32	0,6510
18	M	421 M-Malattia di origine virale, età >17	1.973,21	1.800,81	124,47	124,47	16	517,71	194,28	0,6882
18	M	422 M-Malattia di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18	2.187,25	1.995,92	124,47	124,47	10	542,19	266,08	0,7629
18	M	423 M-Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.579,87	4.179,93	124,47	124,47	19	605,66	272,77	1,5976
19	C	424 C-Inter.chirurgici di qual.tipo in paz.con diagn.pr. di malattia mentale	6.897,36	6.294,22	5.517,89	5.035,37	38	662,43	237,69	2,4058
19	M	425 M-Reaz.acuta da adattamento e disfunzione psicosociale	2.019,71	1.842,97	124,47	124,47	16	444,23	260,52	0,7045
19	M	426 M-Nevrosi depressiva	1.650,08	1.505,99	124,47	124,47	19	365,98	204,27	0,6023
19	M	427 M-Nevrosi eccetto nevrosi depressive	1.732,20	1.580,36	124,47	124,47	21	383,00	219,70	0,6322
19	M	428 M-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.208,32	2.015,38	124,47	124,47	29	434,20	202,62	0,7703
19	M	429 M-Disturbi organici e ritardo mentale	2.591,58	2.365,37	124,47	124,47	25	406,42	152,14	0,946
19	M	430 M-Psicosi	2.591,51	2.365,07	124,47	124,47	41	382,98	194,28	0,9040
19	M	431 M-Disturbi mentali dell'infanzia	1.714,34	1.564,63	124,47	124,47	16	447,56	168,12	0,5980

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO
 HCFA-DRG versione 14°
 REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004

DRG DI NON ALTA COMPLESSITA'

MDC	tipo DRG	DRG	> 1 giorno		0-1 giorno		Valore Soglia	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Incremento pro die	Peso relativo
			Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B				
19	M	432 M-Altire diagnosi di disturbi mentali	2.039,15	1.860,81	124,47	124,47	19	524,38	189,83	0,7113
20		433 -Abuso/dipendenza da alcool/farmaci dimesso contro parere sanitari	1.016,06	927,42	812,85	741,94	7	377,42	303,94	0,3545
20		434 -Abuso/dipend da alcool/farmaci disintoss./trattamento sint. con CC	2.148,33	1.960,79	1.718,67	1.568,63	21	283,91	207,08	0,7494
20		435 -Abuso/dipend da alcool/farmaci disintoss./trattamento sint. no CC	1.381,42	1.260,36	1.105,13	1.008,29	18	207,07	206,52	0,4818
20		436 -Dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa	2.829,31	2.582,32	2.283,45	2.065,86	51	-	89,06	0,9869
20		437 -Dipend.alcool/farmaci, terapia riabilit. e disintossicante combinate	3.121,70	2.848,76	2.497,36	2.279,01	14	-	96,86	1,0888
21	C	439 C-Traipianto di pelle per traumatismo	3.476,24	3.172,50	2.780,99	2.538,00	33	615,68	231,02	1,2126
21	C	440 C-Sbrigliamento ferita per traumatismo	5.263,55	4.803,62	4.210,84	3.842,90	32	1.028,72	385,77	1,8359
21	C	441 C-interventi sulla mano per traumatismo	2.098,60	1.915,39	1.678,88	1.532,31	12	643,51	227,68	0,7321
21	M	444 M-Traumatismi età >17 con CC	2.191,03	1.999,70	124,47	124,47	21	469,15	219,88	0,7843
21	M	445 M-Traumatismi età >17 no CC	1.332,77	1.216,57	124,47	124,47	12	420,85	215,42	0,4849
21	M	446 M-Traumatismi età <18	1.396,01	1.273,86	124,47	124,47	7	574,49	296,70	0,4869
21	M	447 M-Reazioni allergiche, età >17	1.410,06	1.286,83	124,47	124,47	10	444,23	274,99	0,4919
21	M	448 M-Reazioni allergiche, età <18	1.010,12	921,48	124,47	124,47	5	484,31	278,89	0,3523
21	M	449 M-Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età >17 con CC	2.261,83	2.064,02	124,47	124,47	18	469,82	264,98	0,7889
21	M	450 M-Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età >17 no CC	1.239,81	1.131,72	124,47	124,47	10	538,84	258,85	0,4325
21	M	451 M-Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età <18	1.510,04	1.378,18	124,47	124,47	5	752,62	282,23	0,5268
21	M	452 M-Complicazioni di trattamento con CC	2.450,99	2.236,97	124,47	124,47	22	539,98	202,62	0,8550
21	M	453 M-Complicazioni di trattamento no CC	1.197,12	1.092,27	124,47	124,47	17	479,85	179,80	0,4175
21	M	454 M-Altire diagnosi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici con CC	2.543,95	2.321,28	124,47	124,47	19	283,91	291,69	0,8873
21	M	455 M-Altire diagnosi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici no CC	1.184,15	1.080,38	124,47	124,47	12	563,36	153,09	0,4130
23	C	461 C-Interv. con diagnosi di altro contatto con S.S.N.	2.825,03	2.304,52	2.020,03	1.843,62	16	466,50	230,46	0,8808
23	M	462 M-Riabilitazione	5.104,66	4.658,24	124,47	124,47	31	521,04	98,53	1,7805
23	M	463 M-Segni e sintomi con CC	2.086,17	1.904,05	124,47	124,47	32	395,23	160,32	0,7277
23	M	464 M-Segni e sintomi no CC	1.309,54	1.194,96	124,47	124,47	17	426,41	148,07	0,4567
23	M	465 M-Ass.riabilitativa con anamnesi di neopl. maligna come diagn.sec.	1.012,27	923,64	124,47	124,47	19	575,61	115,99	0,3531
23	M	466 M-Ass.riabilitativa no anamnesi di neopl. maligna come diagnosi sec.	1.527,35	1.393,85	124,47	124,47	13	501,01	187,59	0,5328
23	M	467 M-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.224,52	1.117,10	124,47	124,47	10	400,02	150,01	0,4469
		468 -Interventi chirurgici esteso non correlato alla diagnosi principale	9.803,43	8.946,81	7.842,74	7.157,45	42	794,92	298,38	3,4195
		469 -Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione								
		470 -Non attribuibile ad altro DRG								
C		476 C -Intervento chirurgico prostatico non correlato diagnosi principale	6.310,97	5.759,70	5.048,78	4.607,76	22	551,11	252,73	2,2014
C		477 C -Intervento chirurgico non esteso non correlato con diagnosi princ.	4.110,20	3.751,34	3.288,16	3.001,07	31	549,98	206,52	1,4337
5	C	478 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare con CC	6.205,57	5.662,96	4.964,46	4.530,37	36	649,09	243,26	2,1645
5	C	479 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare no CC	3.645,95	3.327,62	2.916,76	2.662,10	24	536,63	217,65	1,2718
25	M	490 M-HIV associato o non ad altre patologie correlate	3.235,20	2.952,54	124,47	124,47	24	577,82	216,55	1,1285
17	M	492 M-Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7.973,97	7.277,31	124,47	124,47	53	671,35	251,61	2,7815

Allegato 3.3						
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN DAY HOSPITAL						
HCFA-DRG versione 14°						
REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2004						
				<= 3 accessi	>3 accessi	
MDC	tipo DRG	DRG		Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia B
1	C	001 C-Craniotomia età >17, eccetto per traumatismo		8.643,05	6.765,70	6.765,70
1	C	002 C-Craniotomia età > 17, per traumatismo		7.833,66	6.553,84	6.553,84
1	C	003 C-Craniotomia età < 18		8.098,70	6.201,03	6.201,03
1	C	004 C-Interventi su midollo spinale		5.907,46	4.942,41	4.942,41
1	C	005 C-Interventi su vasi extracranici		4.328,88	3.244,93	3.244,93
1	C	006 C-Decompressione del tunnel carpale		800,00	650,00	650,00
1	C	007 C-Interventini periferici cranici e altri su s.n. con CC		6.596,22	5.517,89	5.517,89
1	C	008 C-Interventini periferici cranici e altri su s.n. no CC		2.531,94	1.662,88	1.662,88
1	M	009 M-Malattie e traumi del midollo spinale.		124,47	124,47	124,47
1	M	010 M-Neoplasie del sistema nervoso con CC		124,47	124,47	124,47
1	M	011 M-Neoplasie del sistema nervoso no CC		124,47	124,47	124,47
1	M	012 M-Disturbi degenerativi sistema nervoso		124,47	124,47	124,47
1	M	013 M-Sclerosi multiple e atassia cerebellare		124,47	124,47	124,47
1	M	014 M-Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T.		124,47	124,47	124,47
1	M	015 M-A.I.T. e occlusioni precerebrali		124,47	124,47	124,47
1	M	016 M-Malattie cerebrovasc. aspecifiche con CC		124,47	124,47	124,47
1	M	017 M-Malattie cerebrovasc. aspecifiche no CC		124,47	124,47	124,47

1	M	018 M-Malattie dei nervi cranici e periferici con C.C	124,47	124,47	2.009,53	1.833,94
1	M	019 M-Malattie dei nervi cranici e periferici no C.C	124,47	124,47	1.305,60	1.191,47
1	M	020 M-Infezioni sistema nerv., eccetto meningite virale	124,47	124,47	4.462,63	4.072,66
1	M	021 M-Meningite virale	124,47	124,47	3.229,75	2.947,66
1	M	022 M-Encefalopatia ipertensiva	124,47	124,47	1.616,97	1.475,51
1	M	023 M-Stato stuporoso e coma non traumatici	124,47	124,47	1.826,44	1.666,93
1	M	024 M-Convulsioni e cefalea età >17 con c.c	124,47	124,47	2.128,84	1.942,91
1	M	025 M-Convulsioni e cefalea età >17 no c.c	124,47	124,47	1.157,38	1.056,67
1	M	026 M-Convulsioni e cefalea età < 18	124,47	124,47	2.341,51	2.137,07
1	M	027 M-Stato stuporoso e coma traum.coma >1 ora	124,47	124,47	3.060,59	2.792,77
1	M	028 M-Stato stupor. e coma traum.<1h, età >17 con CC	124,47	124,47	2.718,46	2.480,87
1	M	029 M-Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 no CC	124,47	124,47	1.310,54	1.195,94
1	M	030 M-Stato stupor. e coma traum. <1h, età < 18	124,47	124,47	800,09	729,99
1	M	031 M-Commozione cerebrale, età > 17 con CC	124,47	124,47	1.716,04	1.566,18
1	M	032 M-Commozione cerebrale, età > 17 no CC	124,47	124,47	991,93	905,03
1	M	033 M-Commozione cerebrale, età < 18	124,47	124,47	555,36	506,66
1	M	034 M-Altre malattie del sistema nervoso, con CC	124,47	124,47	2.547,62	2.325,13
1	M	035 M-Altre malattie del sistema nervoso, no CC	124,47	124,47	1.244,63	1.135,91
2	C	036 C-Interventi sulla retina	1.430,71	1.305,75	1.430,71	1.305,75
2	C	037 C-Interventi sull' orbita	1.808,16	1.649,91	1.808,16	1.649,91
2	C	038 C-Interventi primari sull' iride	821,92	750,14	821,92	750,14
2	C	039 C-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.033,00	900,00	1.033,00	900,00
2	C	040 C-Interventi extraoculari, eccetto l'orbita, età >17	1.128,46	1.029,82	1.128,46	1.029,82
2	C	041 C-Interventi extraoculari, eccetto l'orbita, età < 18	813,94	742,67	813,94	742,67
2	C	042 C-Interventi intraoculari, eccetto retina,iride,cristallino	1.308,19	1.193,53	1.308,19	1.193,53
2	M	043 M-Emorragia sub-congiuntivale (fema)	124,47	124,47	896,64	818,14
2	M	044 M-Infezioni acute maggiori dell'occhio	124,47	124,47	1.284,09	1.172,01
2	M	045 M-Malattie neurologiche dell'occhio	124,47	124,47	1.333,62	1.216,93
2	M	046 M-Altre malattie dell'occhio, età >17 con CC	124,47	124,47	1.606,90	1.466,69
2	M	047 M-Altre malattie dell'occhio, età >17 no CC	124,47	124,47	925,60	844,58
2	M	048 M-Altre malattie dell'occhio, età < 18	124,47	124,47	908,39	829,05
3	C	049 C-Interventi maggiori sul capo e sul collo	6.361,44	3.355,18	6.361,44	3.355,18
3	C	050 C-Sialoadenectomia	1.512,43	1.380,11	1.512,43	1.380,11
3	C	051 C-Interventi ghiandole salivari, eccetto sialoadenectomia	1.439,78	1.313,96	1.439,78	1.313,96

3	C	052 C-Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	1.802,54	1.645,15	1.802,54	1.645,15	1.802,54	1.645,15
3	C	053 C-Interventi su seni e mastoide, età >17	1.659,86	1.514,58	1.659,86	1.514,58	1.659,86	1.514,58
3	C	054 C-Interventi su seni e mastoide, età < 18	1.604,09	1.463,99	1.604,09	1.463,99	1.604,09	1.463,99
3	C	055 C-Miscellanea Interventi orecchio, naso, bocca e gola	1.198,70	1.093,86	1.198,70	1.093,86	1.198,70	1.093,86
3	C	056 C-Rinoplastica	1.414,71	1.291,05	1.414,71	1.291,05	1.414,71	1.291,05
3	C	057 C-Interv. tons/aden, eccetto solo tonsillect.e/o adenoidec. età >17	2.028,67	1.851,40	2.028,67	1.851,40	2.028,67	1.851,40
3	C	058 C-Interventi tons/aden, eccetto tonsillect.e/o adenoid. età < 18	721,18	658,06	721,18	658,06	721,18	658,06
3	C	059 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17	980,17	894,56	980,17	894,56	980,17	894,56
3	C	060 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18	608,77	555,59	608,77	555,59	608,77	555,59
3	C	061 C-Miringotomia con inserzione di tubo, età >17	1.975,48	1.802,98	1.975,48	1.802,98	1.975,48	1.802,98
3	C	062 C-Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18	719,02	656,32	719,02	656,32	719,02	656,32
3	C	063 C-Altri Interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.391,86	2.183,02	2.391,86	2.183,02	2.391,86	2.183,02
3	M	064 M-Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	065 M-Alterazioni dell' equilibrio	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39
3	M	066 M-Epistassi	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	067 M-Epiglottidite	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	068 M-Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età >17 con C.C	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	069 M-Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età >17 no C.C	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	070 M-Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	071 M-Laringotracheite	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	072 M-Traumatismi e deformità del naso	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	073 M-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età >17	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
3	M	074 M-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
4	C	075 C-Interventi maggiori sul torace	7.605,79	6.363,17	7.605,79	6.363,17	7.605,79	6.363,17
4	C	076 C-Altri interventi sull' apparato respiratorio con CC	5.498,00	5.017,64	5.498,00	5.017,64	5.498,00	5.017,64
4	C	077 C-Altri interventi sull' apparato respiratorio no CC	2.341,27	2.136,76	2.341,27	2.136,76	2.341,27	2.136,76
4	M	078 M-Embolia polmonare	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
4	M	079 M-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
4	M	080 M-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
4	M	081 M-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
4	M	082 M-Neoplasie dell' apparato respiratorio	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47

4	M	083 M-Traumi maggiori del torace con CC	124,47	124,47	124,47	2.113,14	1.928,44
4	M	084 M-Traumi maggiori del torace no CC	124,47	124,47	124,47	1.064,97	971,78
4	M	085 M-Versamento pleurico con CC	124,47	124,47	124,47	2.665,15	2.432,18
4	M	086 M-Versamento pleurico no CC	124,47	124,47	124,47	1.494,40	1.363,85
4	M	087 M-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	124,47	124,47	124,47	3.027,84	2.762,96
4	M	088 M-Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	124,47	124,47	124,47	2.178,93	1.988,36
4	M	089 M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 con CC	124,47	124,47	124,47	2.538,39	2.316,31
4	M	090 M-Polmonite semplice e pleurite, età>17 no C.C	124,47	124,47	124,47	1.554,02	1.418,19
4	M	091 M-Polmonite semplice e pleurite, età < 18	124,47	124,47	124,47	1.750,27	1.596,88
4	M	092 M-Malattia polmonare interstiziale con CC	124,47	124,47	124,47	2.666,41	2.433,44
4	M	093 M-Malattia polmonare interstiziale no CC	124,47	124,47	124,47	1.719,81	1.569,54
4	M	094 M-Pneumotorace con CC	124,47	124,47	124,47	2.844,40	2.595,89
4	M	095 M-Pneumotorace no CC	124,47	124,47	124,47	1.329,85	1.213,98
4	M	096 M-Bronchite e asma, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	2.086,28	1.904,10
4	M	097 M-Bronchite e asma, età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	1.378,54	1.258,06
4	M	098 M-Bronchite e asma, età < 18	124,47	124,47	124,47	1.987,22	1.813,42
4	M	099 M-Segni e sintomi respiratori con CC	124,47	124,47	124,47	1.697,57	1.548,97
4	M	100 M-Segni e sintomi respiratori no CC	124,47	124,47	124,47	1.124,15	1.025,93
4	M	101 M-Altro diagnosi apparato respiratorio con CC	124,47	124,47	124,47	2.034,23	1.856,24
4	M	102 M-Altro diagnosi apparato respiratorio no CC	124,47	124,47	124,47	1.208,11	1.102,75
5	C	103 C-Trapianto cardiaco	-	-	-	-	-
5	C	104 C-Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo card.	19.395,21	16.225,95	19.395,21	19.395,21	16.225,95
5	C	105 C-Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo card.	14.583,81	12.201,02	14.583,81	14.583,81	12.201,02
5	C	106 C-Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	14.258,68	11.843,46	14.258,68	14.258,68	11.843,46
5	C	107 C-Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	11.801,51	8.863,99	11.801,51	11.801,51	8.863,99
5	C	108 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare	14.692,34	12.291,82	14.692,34	14.692,34	12.291,82
5	C	110 C-Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con CC	10.213,41	8.544,47	10.213,41	10.213,41	8.544,47
5	C	111 C-Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, no CC	5.749,21	4.809,67	5.749,21	5.749,21	4.809,67
5	C	112 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	5.773,44	4.292,07	5.773,44	5.773,44	4.292,07
5	C	113 C-Amput. per disturbi cir.eccetto amp. arto sup. e dita piede	8.637,87	5.816,65	8.637,87	8.637,87	5.816,65
5	C	114 C-Amput.arto sup.e dita piede,per malattie apparato circolatorio	5.889,30	3.340,05	5.889,30	5.889,30	3.340,05
5	C	115 C-Pacemaker permanente con IMA, insuf.cardiaca o shock	9.670,80	7.554,34	9.670,80	9.670,80	7.554,34
5	C	116 C-Pacemaker perm. o di defibrill.autom. o di generat.di impulsi	6.345,01	5.149,94	6.345,01	6.345,01	5.149,94

5	C	117 C-Revisione pacemaker card. eccetto sostituzione	2.812,55	2.566,96	2.812,55	2.566,96
5	C	118 C-Sostituzione di Pacemaker cardiaco	3.637,09	3.319,29	3.637,09	3.319,29
5	C	119 C-Legatura e stripping di vene	2.114,89	1.930,00	2.114,89	1.930,00
5	C	120 C-Altri interventi sull'apparato circolatorio	4.565,38	4.166,30	4.565,38	4.166,30
5	M	121 M-Malattie cardiovascolari con IMA con compl.cardiovasc. vivi	124,47	124,47	4.333,76	3.274,67
5	M	122 M-Malattie cardiovascolari con IMA no compl. cardiovasc. vivi	124,47	124,47	3.451,40	2.343,61
5	M	123 M-Malattie cardiovascolari con IMA, deceduti	124,47	124,47	3.422,85	2.863,29
5	M	124 M-Malattie cardiovasc. no IMA, con cateterismo card. e diag.CC	2.758,94	2.517,68	2.758,94	2.444,35
5	M	125 M-Malattie cardiovasc.eccetto IMA, con cateter. card.diag.no CC	1.740,27	1.588,09	1.740,27	1.541,84
5	M	126 M-Endocardite acuta e subacuta	124,47	124,47	7.417,44	5.784,09
5	M	127 M-Insufficienza cardiaca e shock	124,47	124,47	2.224,38	2.030,19
5	M	128 M-Tromboflebite delle vene profonde	124,47	124,47	1.752,98	1.599,76
5	M	129 M-Arresto cardiaco senza causa apparente	124,47	124,47	2.857,00	2.607,22
5	M	130 M-Malattie vascolari periferiche con CC	124,47	124,47	1.995,59	1.821,54
5	M	131 M-Malattie vascolari periferiche no CC	124,47	124,47	1.284,43	1.172,36
5	M	132 M-Aterosclerosi con CC	124,47	124,47	1.663,51	1.518,38
5	M	133 M-Aterosclerosi no CC	124,47	124,47	1.164,09	1.062,35
5	M	134 M-Iperensione	106,39	106,39	106,39	106,39
5	M	135 M-Malattie cardiache congenite e valvolari, età >17 con CC	124,47	124,47	1.920,47	1.752,56
5	M	136 M-Malattie cardiache congenite, valvolari, età >17 no CC	124,47	124,47	1.172,43	1.070,01
5	M	137 M-Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18	124,47	124,47	1.427,65	1.302,98
5	M	138 M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	124,47	124,47	1.805,87	1.648,04
5	M	139 M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca no CC	124,47	124,47	1.117,86	1.020,05
5	M	140 M-Angina pectoris	124,47	124,47	1.384,84	1.263,94
5	M	141 M-Sincope e collasso con CC	124,47	124,47	1.533,88	1.399,60
5	M	142 M-Sincope e collasso no CC	124,47	124,47	1.106,25	1.009,67
5	M	143 M-Dolore toracico	124,47	124,47	1.149,77	1.049,43
5	M	144 M-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	124,47	124,47	2.371,31	2.164,36
5	M	145 M-Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio no CC	124,47	124,47	1.389,45	1.268,14
6	C	146 C-Resezione rettale con CC	7.636,93	5.315,10	7.636,93	5.315,10
6	C	147 C-Resezione rettale no CC	5.334,13	3.179,64	5.334,13	3.179,64
6	C	148 C-Interventi magg. su intestino crasso e tenue con CC	8.032,98	6.562,50	8.032,98	6.562,50
6	C	149 C-Interventi magg. su intestino crasso e tenue, no CC	4.695,96	3.128,61	4.695,96	3.128,61

6	C	150 C-Lisi aderenze peritoneali con CC	5.844,76	5.334,13	5.844,76	5.334,13	5.844,76	5.334,13
6	C	151 C-Lisi aderenze peritoneali no CC	2.725,64	2.487,84	2.725,64	2.487,84	2.725,64	2.487,84
6	C	152 C-Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	4.551,54	3.712,31	4.551,54	3.712,31	4.551,54	3.712,31
6	C	153 C-Interventi minori su intestino crasso e tenue no CC	3.191,74	2.182,16	3.191,74	2.182,16	3.191,74	2.182,16
6	C	154 C-Interventi su esofago, stomaco, duodeno, età>17 con CC	10.130,41	8.475,30	10.130,41	8.475,30	10.130,41	8.475,30
6	C	155 C-Interventi su esofago, stomaco, duodeno, età>17 no CC	4.471,55	3.059,43	4.471,55	3.059,43	4.471,55	3.059,43
6	C	156 C-Interventi su esofago, stomaco, duodeno, età < 18	4.289,09	1.781,35	4.289,09	1.781,35	4.289,09	1.781,35
6	C	157 C-Interventi su ano e stoma con CC	2.161,31	1.972,47	2.161,31	1.972,47	2.161,31	1.972,47
6	C	158 C-Interventi su ano e stoma no CC	1.090,24	995,21	1.090,24	995,21	1.090,24	995,21
6	C	159 C-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 con CC	2.426,22	2.213,97	2.426,22	2.213,97	2.426,22	2.213,97
6	C	160 C-Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 no CC	1.351,57	1.233,82	1.351,57	1.233,82	1.351,57	1.233,82
6	C	161 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, >17 con C.C	1.765,00	1.611,28	1.765,00	1.611,28	1.765,00	1.611,28
6	C	162 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 no CC	1.019,49	930,14	1.019,49	930,14	1.019,49	930,14
6	C	163 C-Interventi per ernia, età < 18	1.061,32	968,87	1.061,32	968,87	1.061,32	968,87
6	C	164 C-Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	4.955,38	4.522,57	4.955,38	4.522,57	4.955,38	4.522,57
6	C	165 C-Appendicectomia con diagnosi principale complicata no CC	2.770,61	2.528,49	2.770,61	2.528,49	2.770,61	2.528,49
6	C	166 C-Appendicectomia con diagnosi princip. no complicata con CC	3.039,12	2.773,64	3.039,12	2.773,64	3.039,12	2.773,64
6	C	167 C-Appendicectomia con diagnosi principale no complicata no CC	1.719,09	1.568,63	1.719,09	1.568,63	1.719,09	1.568,63
3	C	168 C-Interventi sulla bocca con CC	2.271,23	2.072,77	2.271,23	2.072,77	2.271,23	2.072,77
3	C	169 C-Interventi sulla bocca no CC	1.327,37	1.211,49	1.327,37	1.211,49	1.327,37	1.211,49
6	C	170 C-Altri interventi sull'apparato digerente con CC	6.263,72	5.716,35	6.263,72	5.716,35	6.263,72	5.716,35
6	C	171 C-Altri interventi sull'apparato digerente no CC	2.499,52	2.281,18	2.499,52	2.281,18	2.499,52	2.281,18
6	M	172 M-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	173 M-Neoplasie maligne dell'apparato digerente no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	174 M-Emorragia gastroenteriale con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	175 M-Emorragia gastroenteriale no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	176 M-Ulcera peptica complicata	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	177 M-Ulcera peptica non complicata con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	178 M-Ulcera peptica non complicata no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	179 M-Malattie infiammatorie dell'intestino	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
6	M	180 M-Occlusione gastroenteriale con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47

6	M	181 M-Occlusione gastrointestinale no CC	124,47	124,47	124,47	1.114,92	1.017,53
6	M	182 M-Esofag.,gastroen,miscel.malattie app. digeren., età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	1.691,91	1.544,21
6	M	183 M-Esofag.,gastroen,miscel.malattie app.digerente, età >17 no CC	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39
6	M	184 M-Esofag.,gastroen.,miscel.malattie app.digerente, età < 18	124,47	124,47	124,47	1.232,78	1.124,84
3	M	185 M-Malattie denti e cavo orale eccetto estraz.e riparaz., età >17	124,47	124,47	124,47	1.748,78	1.595,98
3	M	186 M-Malattie denti e cavo orale eccetto estraz.e riparaz., età < 18	124,47	124,47	124,47	929,38	848,36
3	M	187 M-Estrazioni e riparazioni dentali	124,47	124,47	124,47	1.238,46	1.130,01
6	M	188 M-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	2.220,19	2.026,26
6	M	189 M-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	1.069,58	976,40
6	M	190 M-Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18	124,47	124,47	124,47	1.513,29	1.381,06
7	C	191 C-Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	11.171,98	9.346,08	11.171,98	11.171,98	9.346,08
7	C	192 C-Interventi su pancreas, fegato e di shunt no CC	6.676,21	3.568,77	6.676,21	6.676,21	3.568,77
7	C	193 C-Interv. bil. eccetto colecis.isol. con o senza espl.dot.bil. con CC	8.018,28	6.357,98	8.018,28	8.018,28	6.357,98
7	C	194 C-Interv. bil.,eccetto colecis.isol. con o senza espl.dot.bil.no CC	5.990,46	3.418,73	5.990,46	5.990,46	3.418,73
7	C	195 C-Colecistectomia con esplorazione del dotto bil. com. con CC	6.341,55	4.760,38	6.341,55	6.341,55	4.760,38
7	C	196 C-Colecistectomia con esplorazione del dotto bil.com. no CC	4.139,49	2.938,37	4.139,49	4.139,49	2.938,37
7	C	197 C-Colecistectomia eccetto laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	4.623,75	3.540,67	4.623,75	4.623,75	3.540,67
7	C	198 C Colecistectomia eccetto laparoscopia senza esplorazione del dotto biliare comune no CC	2.569,56	1.832,81	2.569,56	2.569,56	1.832,81
7	C	199 C-Procedure diagnost. epatobiliari per neoplasie maligne	5.361,37	4.892,69	5.361,37	5.361,37	4.892,69
7	C	200 C-Procedure diagnost. epatobiliari non per neoplasie maligne	6.239,52	5.694,30	6.239,52	6.239,52	5.694,30
7	C	201 C-Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	7.790,85	5.278,79	7.790,85	7.790,85	5.278,79
7	M	202 M-Cirrosi e epatite alcolica	124,47	124,47	124,47	2.893,93	2.640,81
7	M	203 M-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o pancreas	124,47	124,47	124,47	2.707,13	2.470,80
7	M	204 M-Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	124,47	124,47	124,47	2.484,65	2.267,63
7	M	205 M-Mal.fegato eccetto neoplasie mal.,cirrosi,epatite alc. con CC	124,47	124,47	124,47	2.727,28	2.489,27
7	M	206 M-Mal.fegato eccetto neoplasie mal.,cirrosi,epatite alc. no CC	124,47	124,47	124,47	1.361,33	1.242,12
7	M	207 M-Malattie delle vie biliari con CC	124,47	124,47	124,47	2.151,04	1.963,05
7	M	208 M-Malattie delle vie biliari no CC	124,47	124,47	124,47	1.219,35	1.112,96
8	C	209 C-Interventi su articolazioni magg. e reimpianti di arti inferiori	7.790,86	7.022,19	7.790,86	7.790,86	7.022,19

8	C	210 C-Interventi anca,femore, eccetto artic.magg., età >17 con CC	7.065,01	4.070,46	4.070,46	7.065,01	4.070,46
8	C	211 C-Interventi anca,femore, eccetto artic.magg., età >17 no CC	3.973,93	2.839,41	2.839,41	3.973,93	2.839,41
8	C	212 C-Interventi anca e femore, eccetto articol.magg.,età < 18	5.102,72	2.207,35	2.207,35	5.102,72	2.207,35
8	C	213 C-Amputaz. malattie sist.muscoloscheletrico e tess.connettivo	5.454,02	3.773,82	3.773,82	5.454,02	3.773,82
8	C	214 C-Interventi su dorso e collo con CC	6.398,57	3.987,15	3.987,15	6.398,57	3.987,15
8	C	215 C-Interventi su dorso e collo no CC	3.055,82	2.326,80	2.326,80	3.055,82	2.326,80
8	C	216 C-Biopsie sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	4.776,56	4.359,15	4.359,15	4.776,56	4.359,15
8	C	217 C-Sbrigli.ferite,trap.cut. ecc. mano mal.sist.muscolosch.e t.conn.	7.805,05	6.529,48	6.529,48	7.805,05	6.529,48
8	C	218 C-Interv. arto inf.omero eccetto anca,piede,fem.età >17 con CC	3.316,75	3.026,73	3.026,73	3.316,75	3.026,73
8	C	219 C-Interv.arto inf.omero eccetto anca,piede,femore età >17 no CC	2.094,06	1.911,15	1.911,15	2.094,06	1.911,15
8	C	220 C-Interventi arto inf.omero eccetto anca,piede,femore, età < 18	2.193,68	2.001,95	2.001,95	2.193,68	2.001,95
8	C	221 C-Interventi sul ginocchio con CC	4.102,35	3.743,90	3.743,90	4.102,35	3.743,90
8	C	222 C-Interventi sul ginocchio no CC	2.091,65	1.908,82	1.908,82	2.091,65	1.908,82
8	C	223 C-Interventi mag. spalla,gomito o altri inter. arto superiore con CC	1.980,88	1.807,76	1.807,76	1.980,88	1.807,76
8	C	224 C-Interventi spalla,gomito/avambr.eccetto interv.mag.art.no CC	1.601,35	1.461,44	1.461,44	1.601,35	1.461,44
8	C	225 C-Interventi sul piede	1.919,96	1.752,04	1.752,04	1.919,96	1.752,04
8	C	226 C-Interventi sui tessuti molli con CC	3.095,92	2.825,29	2.825,29	3.095,92	2.825,29
8	C	227 C-Interventisui tessuti molli no CC	1.582,33	1.443,93	1.443,93	1.582,33	1.443,93
8	C	228 C-Interv.mag.pollice o articolazioni o interv. mano/polso con CC	1.861,34	1.698,70	1.698,70	1.861,34	1.698,70
8	C	229 C-Interv.mano o polso,eccetto interv.magg.articolazioni no CC	1.294,96	1.181,68	1.181,68	1.294,96	1.181,68
8	C	230 C-Escissione locale rimoz.mezzi fis.intramidollare anca e femore	2.146,08	1.958,75	1.958,75	2.146,08	1.958,75
8	C	231 C-Escissione locale rimoz.mezzi fis.intramidollare no anca e femore	2.581,99	2.356,32	2.356,32	2.581,99	2.356,32
8	C	232 C-Artroscopia	1.520,97	1.387,72	1.387,72	1.520,97	1.387,72
8	C	233 C-Altri interv. sist.muscolo-scheletrico e tessuto connet. con CC	4.343,73	3.964,23	3.964,23	4.343,73	3.964,23
8	C	234 C-Altri interv. sist.muscolo-scheletrico e tessuto connet. no CC	2.094,06	1.911,15	1.911,15	2.094,06	1.911,15
8	M	235 M-Fratture del femore	124,47	124,47	124,47	2.273,08	2.074,53
8	M	236 M-Fratture dell'anca e della pelvi	124,47	124,47	124,47	1.809,65	1.651,82
8	M	237 M-Distorsioni,stiramenti,lussazioni,anca,pelvi,coscia	124,47	124,47	124,47	1.223,64	1.117,02

8	M	238 M-Osteomielite	124,47	124,47	124,47	3.436,70	3.136,57
8	M	239 M-Frattura pat.e neoplasie mal.sist. muscolo-schel. e tess.connett.	124,47	124,47	124,47	2.319,25	2.116,51
8	M	240 M-Malattie del tessuto connettivo con CC	124,47	124,47	124,47	2.553,50	2.330,59
8	M	241 M-Malattie del tessuto connettivo no CC	124,47	124,47	124,47	1.287,45	1.174,95
8	M	242 M-Artrite settica	124,47	124,47	124,47	2.641,64	2.410,77
8	M	243 M-Affezioni mediche del dorso	124,47	124,47	124,47	1.497,73	1.367,06
8	M	244 M-Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	124,47	124,47	124,47	1.611,35	1.470,87
8	M	245 M-Malattie dell'osso e artropatie specifiche no CC	124,47	124,47	124,47	1.105,22	1.008,64
8	M	246 M-Artropatie non specifiche	124,47	124,47	124,47	1.270,66	1.159,41
8	M	247 M-Segni, sintomi sist.muscolo-scheletrico e al tess.connettivo	124,47	124,47	124,47	1.265,20	1.154,80
8	M	248 M-Tendinite, miosite e borsite	124,47	124,47	124,47	1.503,21	1.371,82
8	M	249 M-Ass.riabilitativa per malattie sist.muscolo-schel. e tess.connett.	124,47	124,47	124,47	1.551,07	1.415,48
8	M	250 M-Frat.dist.stiram.luss.avam.mano.piede età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	1.569,12	1.431,85
8	M	251 M-Frat.dist.stiram.luss.avam.mano.piede età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	978,49	893,28
8	M	252 M-Frat.dist.stiram.luss.avam.mano.piede, età < 18	124,47	124,47	124,47	790,43	721,17
8	M	253 M-Frat.dist.stir.lus.brac.gamb.eccetto piede età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	1.731,15	1.579,61
8	M	254 M-Frat.dist.stir.lus.brac.gamb.eccetto piede età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	941,97	859,69
8	M	255 M-Frat.dist.stir.lus.brac.gamb.eccetto piede, età < 18	124,47	124,47	124,47	1.048,60	957,08
8	M	256 M-Altre diagnosi sist.muscolo-scheletrico e tess.connettivo	124,47	124,47	124,47	1.425,42	1.300,95
9	C	257 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	2.192,39	2.000,77	2.192,39	2.192,39	2.000,77
9	C	258 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne no CC	1.714,94	1.565,34	1.714,94	1.714,94	1.565,34
9	C	259 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.148,99	1.961,05	2.148,99	2.148,99	1.961,05
9	C	260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne no CC	1.386,17	1.265,19	1.386,17	1.386,17	1.265,19
9	C	261 C-Interv.mammella,non neoplasie mal.eccetto biopsia e esciss.loc.	1.647,32	1.503,34	1.647,32	1.647,32	1.503,34
9	C	262 C-Biopsia mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.171,32	1.069,07	1.171,32	1.171,32	1.069,07
9	C	263 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite con CC	5.826,17	5.317,27	5.826,17	5.826,17	5.317,27
9	C	264 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite no CC	2.904,21	2.650,41	2.904,21	2.904,21	2.650,41
9	C	265 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere pelle/cellulite con CC	3.196,93	2.917,61	3.196,93	3.196,93	2.917,61
9	C	266 C-Trap.pelle e/o sbrigliamenti eccetto ulcere pelle/cellulite no	1.600,19	1.460,54	1.600,19	1.600,19	1.460,54

	CC							
9	C	267 C-Interventi perianali e pilonidali	1.368,61	1.249,31	1.368,61	1.249,31	1.368,61	1.249,31
9	C	268 C-Chirurgia plastica pelle, tess. sottocutaneo, mammella	1.724,28	1.573,81	1.724,28	1.573,81	1.724,28	1.573,81
9	C	269 C-Altri int.pelle, sottocute,mammella con CC	3.827,38	3.493,31	3.827,38	3.493,31	3.827,38	3.493,31
9	C	270 C-Altri int.pelle, sottocute,mammella no CC	1.390,30	1.268,93	1.390,30	1.268,93	1.390,30	1.268,93
9	M	271 M-Ulcere pelle	124,47	124,47	124,47	124,47	2.665,15	2.432,60
9	M	272 M-Malattie magg. pelle con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	2.333,11	2.129,10
9	M	273 M-Malattie magg. pelle no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	1.465,86	1.337,82
9	M	274 M-Neoplasie maligne della mammella con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	2.576,58	2.351,58
9	M	275 M-Neoplasie maligne della mammella no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	1.326,48	1.210,63
9	M	276 M-Patologie non maligne mammella	124,47	124,47	124,47	124,47	1.333,49	1.217,29
9	M	277 M-Cellulite, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	2.011,98	1.836,09
9	M	278 M-Cellulite, età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	1.322,71	1.207,27
9	M	279 M-Cellulite, età <18	124,47	124,47	124,47	124,47	1.665,24	1.520,00
9	M	280 M-Traumi pelle, sottocute, mammella, >17 con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	1.492,04	1.361,38
9	M	281 M-Traumi pelle, sottocute, mammella, >17 no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	935,82	854,22
9	M	282 M-Traumi pelle, sottocute, mammella, età <18	124,47	124,47	124,47	124,47	761,77	695,15
9	M	283 M-Malattie minori della pelle con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	1.656,28	1.511,67
9	M	284 M-Malattie minori della pelle no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	975,07	899,86
10	C	285 C-Amputaz.arto inf.per dist. endocr.nutr.metab.	8.825,52	5.760,01	8.825,52	5.760,01	8.825,52	5.760,01
10	C	286 C-Interventi sul surrene e sulla ipofisi	6.415,49	5.011,58	6.415,49	5.011,58	6.415,49	5.011,58
10	C	287 C-Trap.cutan.sbrigl.fer.per dist.end.nutr.metab	5.840,43	4.551,11	5.840,43	4.551,11	5.840,43	4.551,11
10	C	288 C-Interventi per obesità	5.098,93	4.265,32	5.098,93	4.265,32	5.098,93	4.265,32
10	C	289 C-Interventi su paratiroidi	2.351,22	2.145,85	2.351,22	2.145,85	2.351,22	2.145,85
10	C	290 C-Interventi sulla tiroide	1.708,28	1.559,11	1.708,28	1.559,11	1.708,28	1.559,11
10	C	291 C-Interventi sul dotto tireoglossso	1.122,85	1.024,70	1.122,85	1.024,70	1.122,85	1.024,70
10	C	292 C-Altri int.per malattie endocr.nutr.metabol.con CC	6.520,12	5.950,25	6.520,12	5.950,25	6.520,12	5.950,25
10	C	293 C-Altri int.per malattie endocr.nutr.metabol. no CC	2.588,15	2.362,02	2.588,15	2.362,02	2.588,15	2.362,02
10	M	294 M-Diabete, età >35	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39
10	M	295 M-Diabete, età <36	124,47	124,47	124,47	124,47	1.719,40	1.569,12
10	M	296 M-Disturbi nutrizione,metabolismo,>17 con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	2.095,52	1.912,07
10	M	297 M-Disturbi nutrizione,metabolismo,>17 no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	1.173,69	1.071,27
10	M	298 M-Disturbi nutrizione,metabolismo, età <18	124,47	124,47	124,47	124,47	1.063,71	970,93
10	M	299 M-Difetti congeniti metabolismo	124,47	124,47	124,47	124,47	1.868,84	1.705,54

10	M	300 M-Malattie endocrine con CC	124,47	124,47	124,47	2.465,57	2.250,20
10	M	301 M-Malattie endocrine no CC	124,47	124,47	124,47	1.273,58	1.162,03
11	C	302 C-Trapianto renale	-	-	-	-	-
11	C	303 C-Int.rene,uretere e int.magg.vescica per neoplasia	6.638,16	5.553,34	5.553,34	6.638,16	5.553,34
11	C	304 C-Int.rene,uret.e int.magg.vescica no neoplasia con CC	6.039,33	5.044,87	5.044,87	6.039,33	5.044,87
11	C	305 C-Int.rene,uret.e int.magg.vescica no neoplasia no CC	4.438,70	2.416,93	2.416,93	4.438,70	2.416,93
11	C	306 C-Prostatectomia con CC	2.922,81	2.667,27	2.667,27	2.922,81	2.667,27
11	C	307 C-Prostatectomia no CC	1.579,86	1.441,94	1.441,94	1.579,86	1.441,94
11	C	308 C-Interventi minori vescica con CC	3.282,98	2.996,32	2.996,32	3.282,98	2.996,32
11	C	309 C-Interventi minori vescica no CC	1.671,10	1.525,39	1.525,39	1.671,10	1.525,39
11	C	310 C-Int. per via transuretrale con CC	2.036,45	1.858,74	1.858,74	2.036,45	1.858,74
11	C	311 C-Int. per via transuretrale no CC	1.181,66	1.078,76	1.078,76	1.181,66	1.078,76
11	C	312 C-Interventi uretra, età >17 con CC	1.853,55	1.691,42	1.691,42	1.853,55	1.691,42
11	C	313 C-Interventi uretra, età >17 no CC	1.060,15	967,63	967,63	1.060,15	967,63
11	C	314 C-Interventi uretra, età <18	1.006,54	918,78	918,78	1.006,54	918,78
11	C	315 C-Altri interventi su rene e vie urinarie	4.670,02	4.261,86	4.261,86	4.670,02	4.261,86
11	M	316 M-Insufficienza renale	124,47	124,47	124,47	2.871,68	2.620,66
11	M	317 M-Ricovero per Dialisi renale	124,47	124,47	124,47	1.130,03	1.031,38
11	M	318 M-Neoplasie rene, vie urinarie con CC	124,47	124,47	124,47	2.503,54	2.284,83
11	M	319 M-Neoplasie rene, vie urinarie no CC	124,47	124,47	124,47	1.128,77	1.030,13
11	M	320 M-Infezioni rene,vie urinarie, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	2.183,67	1.993,09
11	M	321 M-Infezioni rene,vie urinarie, età >17 no CC	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39
11	M	322 M-Infezioni rene,vie urinarie, età <18	124,47	124,47	124,47	1.422,61	1.298,36
11	M	323 M-Calcolosi urinaria con CC e/o littrissia con ultrasuoni	vedi delibera				
11	M	324 M-calcolosi urinaria no CC	124,47	124,47	124,47	845,44	771,59
11	M	325 M-Segni,sintomi rene,vie urinarie, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	1.435,75	1.310,25
11	M	326 M-Segni,sintomi rene,vie urinarie, età >17 no CC	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39
11	M	327 M-Segni,sintomi rene,vie urinarie, età <18	124,47	124,47	124,47	1.567,02	1.430,17
11	M	328 M-Stenosi uretrale, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	1.416,74	1.292,91
11	M	329 M-Stenosi uretrale, età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	915,95	835,77
11	M	330 M-Stenosi uretrale, età <18	124,47	124,47	124,47	630,08	575,09
11	M	331 M-Altre diagnosi rene-vie urinarie, età >17 con C.C	124,47	124,47	124,47	2.174,44	1.984,28
11	M	332 M-Altre diagnosi rene-vie urinarie, età >17 no C.C	106,39	106,39	106,39	106,39	106,39
11	M	333 M-Altre diagnosi rene-vie urinarie, età <18	124,47	124,47	124,47	2.135,40	1.949,02

12	C	334 C-Interventi maggiori pelvi maschile, con CC	4.976,13	3.710,58	4.976,13	3.710,58	3.710,58
12	C	335 C-Interventi maggiori pelvi maschile, no CC	4.004,16	2.845,84	4.004,16	2.845,84	2.845,84
12	C	336 C-Prostatectomia transuretrale, con CC	1.996,24	1.821,99	1.996,24	1.821,99	1.821,99
12	C	337 C-Prostatectomia transuretrale, no CC	1.391,36	1.269,85	1.391,36	1.269,85	1.269,85
12	C	338 C-Interventi sul testicolo, per neoplasia maligna	2.152,76	1.964,68	2.152,76	1.964,68	1.964,68
12	C	339 C-Int.sul testicolo, non per neoplasie maligne, età >17	1.736,82	1.585,05	1.736,82	1.585,05	1.585,05
12	C	340 C-Int.sul testicolo, non per neoplasie maligne, età <18	1.009,57	921,37	1.009,57	921,37	921,37
12	C	341 C-Interventi pene	2.220,21	2.026,50	2.220,21	2.026,50	2.026,50
12	C	342 C-Circoncisione, età >17	661,08	603,58	661,08	603,58	603,58
12	C	343 C-Circoncisione, età <18	441,01	402,53	441,01	402,53	402,53
12	C	344 C-Altri int.app.riprodut.masch., per neoplasie maligne	2.423,85	2.211,99	2.423,85	2.211,99	2.211,99
12	C	345 C-Altri int.app.riprodut.masch., no neoplasie maligne	1.725,14	1.574,25	1.725,14	1.574,25	1.574,25
12	M	346 M-Neoplasie maligne app.genitale maschile con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
12	M	347 M-Neoplasie maligne app.genitale maschile no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
12	M	348 M-Ipertonfia prostatica benigna con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
12	M	349 M-Ipertonfia prostatica benigna no CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
12	M	350 M-Infiammazione app.riproduttivo maschile	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
12	M	352 M-Altre diagnosi relative all' app. riproduttivo maschile	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47
13	C	353 C-Eviscerazione pelvi,isterect.radiale e vulvectomya rad.	5.323,32	3.983,41	5.323,32	3.983,41	3.983,41
13	C	354 C-Int.utero,annessi per neoplasie non ovate/ann. con CC	3.138,99	2.864,44	3.138,99	2.864,44	2.864,44
13	C	355 C-Int.utero,annessi per neoplasie non ovate/ann. no CC	1.947,82	1.777,46	1.947,82	1.777,46	1.777,46
13	C	356 C-Interventi ricostruttivi app.riproduttivo femminile	1.612,30	1.471,34	1.612,30	1.471,34	1.471,34
13	C	357 C-Int.utero/annessi per neoplasie maligne ovaie/annessi	5.778,61	4.834,31	5.778,61	4.834,31	4.834,31
13	C	358 C-Int.utero/annessi, no neoplasie maligne con CC	2.538,00	2.316,20	2.538,00	2.316,20	2.316,20
13	C	359 C-Int.utero/annessi, no neoplasie no CC	1.771,40	1.616,62	1.771,40	1.616,62	1.616,62
13	C	360 C-Interventi vagina, cervice, vulva	1.840,15	1.679,32	1.840,15	1.679,32	1.679,32
13	C	361 C-Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.240,09	2.044,24	2.240,09	2.044,24	2.044,24
13	C	362 C-Occlusione endoscopica delle tube	1.159,61	1.058,43	1.159,61	1.058,43	1.058,43
13	C	363 C-Dilataz. e raschiam.,conizzazione,impianto mat.radioat. neop.mal.	1.433,72	1.308,34	1.433,72	1.308,34	1.308,34
13	C	364 C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie mal.	1.240,01	1.132,07	1.240,01	1.132,07	1.132,07
13	C	365 C-Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	3.920,28	3.577,84	3.920,28	3.577,84	3.577,84
13	M	366 M-Neoplasie maligne dell'app.riproduttivo femminile con CC	124,47	124,47	124,47	124,47	124,47

13	M	367 M-Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile no CC	124,47	124,47	1.070,43	977,23
13	M	368 M-Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	124,47	124,47	1.964,13	1.792,44
13	M	369 M-Disturbi mestruali et altri disturbi dell'app.riproduttivo femminile	106,39	106,39	106,39	106,39
14	C	370 C-Taglio cesareo con CC	1.635,65	1.492,97	1.635,65	1.492,97
14	C	371 C-Taglio cesareo no CC	1.163,06	1.061,45	1.163,06	1.061,45
14	M	372 M-Parto vaginale con CC	124,47	124,47	822,76	750,97
14	M	373 M-Parto vaginale no CC	124,47	124,47	566,70	517,16
14	C	374 C-Parto vag. con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	1.155,27	1.054,11	1.155,27	1.054,11
14	C	375 C-Parto vag. con altro int. eccetto sterili. e/o dilatazione e raschiam.	1.269,85	1.158,73	1.269,85	1.158,73
14	M	376 M-Diagnosi relative a postparto, postaborto no intervento chirurgico	124,47	124,47	722,85	659,88
14	C	377 C-Diagnosi relative a postparto, postaborto con intervento chirurgico	1.924,90	1.756,70	1.924,90	1.756,70
14	M	378 M-Gravidanza ectopica	124,47	124,47	1.713,10	1.563,66
14	M	379 M-Minaccia d'aborto	124,47	124,47	610,77	557,45
14	M	380 M-Aborto, senza dilatazione e raschiamento	124,47	124,47	763,57	696,82
14	C	381 C-Aborto con dilataz. e raschiam. mediante aspiraz. o isterotomia	992,28	905,38	992,28	905,38
14	M	382 M- Falso travaglio	124,47	124,47	330,78	301,81
14	M	383 M-Altre diagnosi preparato con complicazioni mediche	124,47	124,47	879,01	802,19
14	M	384 M-Altre diagnosi preparato no complicazioni mediche	124,47	124,47	601,53	549,07
15		385 -Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale	3.603,36	2.599,40	3.498,41	2.523,69
15		386 -Neonato gravemente immaturo/sindr.da distress respiratorio	16.652,71	7.751,95	16.167,68	7.526,17
15		387 -Prematurità con affezioni maggiori	9.285,98	3.881,81	9.015,52	3.768,75
15		388 -Prematurità senza affezioni maggiori	3.434,30	2.458,87	3.334,28	2.387,26
15		389 -Neonato a termine con affezioni maggiori	3.263,52	2.978,16	3.168,47	2.891,42
15		390 -Neonato con altri affezioni significative	2.600,69	2.373,70	2.524,95	2.304,57
15		391 -Neonato normale	516,53	471,35	501,49	457,63
16	C	392 C-Splenectomia, età >17	7.827,61	6.548,66	7.827,61	6.548,66
16	C	393 C-Splenectomia, età <18	3.955,73	3.231,08	3.955,73	3.231,08
16	C	394 C-Altri interventi sugli organi emopoietici	3.661,73	3.341,78	3.661,73	3.341,78
16	M	395 M-Anomalie dei globuli rossi, età >17	124,47	124,47	1.727,03	1.576,23

16	M	396 M-Anomalie dei globuli rossi, età <18	124,47	124,47	124,47	1.514,55	1.382,32
16	M	397 M-Difetti della coagulazione	124,47	124,47	124,47	2.650,89	2.419,16
16	M	398 M-Disturbi sist.reticoendoteliale e immunitario con CC	124,47	124,47	124,47	2.692,44	2.456,94
16	M	399 M-Disturbi sist.reticoendoteliale e immunitario no CC	124,47	124,47	124,47	1.499,85	1.368,47
17	C	400 C-Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	8.500,37	5.352,29	8.500,37	5.352,29	5.352,29
17	C	401 C-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici,con CC	8.182,15	4.918,19	8.182,15	4.918,19	4.918,19
17	C	402 C-Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici, no CC	3.436,90	1.786,54	3.436,90	1.786,54	1.786,54
17	M	403 M-Linfoma e leucemia non acuta con CC	124,47	124,47	124,47	6.429,71	3.419,49
17	M	404 M-Linfoma e leucemia non acuta no CC	124,47	124,47	124,47	3.184,84	1.509,51
17	M	405 M-Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età <18	124,47	124,47	124,47	6.614,83	2.147,15
17	C	406 C-Alteraz.mieloproliferative o neopl. poco diff.con int.maggiori con CC	9.547,57	5.791,58	9.547,57	5.791,58	5.791,58
17	C	407 C-Alteraz.mieloproliferative o neopl. poco diff. con int.maggiori no CC	4.593,91	2.511,63	4.593,91	2.511,63	2.511,63
17	C	408 C-Alteraz.mieloproliferative o neopl. poco diff. con altri interventi	3.045,60	2.779,25	3.045,60	2.779,25	2.779,25
17	M	409 M-Radioterapia	vedi delibera				
17	M	410 M-Chemioterapia non associata a diagnosi second.di leucemia acuta	vedi delibera				
17	M	411 M-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	124,47	124,47	124,47	947,85	864,73
17	M	412 M-Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	124,47	124,47	124,47	947,85	865,16
17	M	413 M-Altre alteraz.mieloproliferative e neoplasie poco diff. con CC	124,47	124,47	124,47	2.969,49	2.709,65
17	M	414 M-Altre alteraz.mieloproliferative e neoplasie poco diff. no CC	124,47	124,47	124,47	1.526,72	1.393,23
18	C	415 C-Interventi chirurgici per mal. infettive e parassitarie	8.797,41	7.359,79	8.797,41	7.359,79	7.359,79
18	M	416 M-Setticemia, età >17	124,47	124,47	124,47	3.389,69	3.093,32
18	M	417 M-Setticemia, età <18	124,47	124,47	124,47	1.998,13	1.823,50
18	M	418 M-Infezioni post-operatorie e post-traumatiche	124,47	124,47	124,47	2.155,13	1.967,07
18	M	419 M-Febbre di origine sconosciuta,età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	2.115,25	1.930,55
18	M	420 M-Febbre di origine sconosciuta,età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	1.449,49	1.322,71
18	M	421 M-Malattia di origine virale, età >17	124,47	124,47	124,47	1.532,59	1.398,69
18	M	422 M-Malattia di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18	124,47	124,47	124,47	1.698,83	1.550,23
18	M	423 M-Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	124,47	124,47	124,47	3.557,18	3.246,55
19	C	424 C-Inter.chirurgici di qual.tipo in paz.con diagn.pr. di malattia	5.517,89	5.035,37	5.517,89	5.035,37	5.035,37

		mentale						
19	M	425 M-Reaz.acuta da adattamento e disfunzione psicosociale	124,47	124,47	124,47	1.568,70	1.431,43	
19	M	426 M-Nevrosi depressiva	124,47	124,47	124,47	1.320,06	1.204,89	
19	M	427 M-Nevrosi eccetto nevrosi depressive	124,47	124,47	124,47	1.385,65	1.264,29	
19	M	428 M-Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	124,47	124,47	124,47	1.715,20	1.565,34	
19	M	429 M-Disturbi organici e ritardo mentale	124,47	124,47	124,47	2.073,06	1.892,30	
19	M	430 M-Psicosi	124,47	124,47	124,47	2.012,82	1.836,94	
19	M	431 M-Disturbi mentali dell'infanzia	124,47	124,47	124,47	1.331,52	1.215,24	
19	M	432 M-Altre diagnosi di disturbi mentali	124,47	124,47	124,47	1.583,81	1.445,28	
20		433 -Abuso/dipendenza da alcool/farmaci dimesso contro parere sanitari	812,85	741,93	789,18		720,33	
20		434 -Abuso/dipend.da alcool/farmaci disintoss./trattamento sint.con CC	1.718,66	1.568,63	1.668,61		1.522,95	
20		435 -Abuso/dipend.da alcool/farmaci disintoss./trattamento sint. no CC	1.105,12	1.008,28	1.072,94		978,92	
20		436 - Dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa	2.263,44	2.065,85	2.197,52		2.005,68	
20		437 -Dipend.alcool/farmaci, terapia riabilit. e disintossicante combinate	2.497,36	2.279,00	2.424,63		2.212,63	
21	C	439 C-Trapianto di pelle per traumatismo	2.780,98	2.538,00	2.780,98		2.538,00	
21	C	440 C-Sbrigliamento ferita per traumatismo	4.210,83	3.842,89	4.210,83		3.842,89	
21	C	441 C-Interventi sulla mano per traumatismo	1.678,87	1.532,31	1.678,87		1.532,31	
21	C	442 C-Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	6.286,64	3.998,97	6.286,64		3.998,97	
21	C	443 C-Altri interventi chirurgici per traumatismo no CC	3.604,22	1.573,38	3.604,22		1.573,38	
21	M	444 M-Traumatismi età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	1.701,77	1.553,17	
21	M	445 M-Traumatismi età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	1.035,16	944,91	
21	M	446 M-Traumatismi età <18	124,47	124,47	124,47	1.084,28	989,41	
21	M	447 M-Reazioni allergiche, età >17	124,47	124,47	124,47	1.095,19	999,48	
21	M	448 M-Reazioni allergiche, età <18	124,47	124,47	124,47	784,56	715,71	
21	M	449 M-Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età >17 con CC	124,47	124,47	124,47	1.756,76	1.603,12	
21	M	450 M-Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età >17 no CC	124,47	124,47	124,47	962,96	879,01	
21	M	451 M-Avvelenamento ed effetti tossici da farmaci, età <18	124,47	124,47	124,47	1.172,85	1.070,43	
21	M	452 M-Complicazioni di trattamento con CC	124,47	124,47	124,47	1.903,68	1.737,45	
21	M	453 M-Complicazioni di trattamento no CC	124,47	124,47	124,47	929,80	848,36	
21	M	454 M-Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici con CC	124,47	124,47	124,47	1.975,88	1.802,93	

21	M	455 M-Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti, effetti tossici no CC	124,47	124,47	919,73	839,13
22	M	456 M-Ustioni, paziente trasferito ad altra struttura di assistenza per acuti	124,47	124,47	4.198,59	3.512,68
22	M	457 M-Ustioni estese senza intervento chirurgico	124,47	124,47	4.893,74	4.094,07
22	C	458 C-Ustioni non estese con trapianto di pelle	9.704,09	8.118,59	9.704,09	8.118,59
22	C	459 C-Ustioni non estese con sbrigliamento di ferite e altro int.chirurgico	4.730,12	3.957,03	4.730,12	3.957,03
22	M	460 M-Ustioni non estese senza intervento chirurgico	124,47	124,47	2.436,79	2.038,42
23	C	461 C-Interv. con diagnosi di altro contatto con S.S.N.	2.020,02	1.843,61	2.020,02	1.843,61
23	M	462 M-Riabilitazione	124,47	124,47	3.964,78	3.618,04
23	M	463 M-Segni e sintomi con CC	124,47	124,47	1.620,33	1.478,87
23	M	464 M-Segni e sintomi no CC	124,47	124,47	1.017,12	928,12
23	M	465 M-Ass.riabilitativa con anamnesi di neopl. maligna come diagn.sec.	124,47	124,47	786,23	717,39
23	M	466 M-Ass.riabilitativa no anamnesi di neopl. maligna come diagnosi sec.	124,47	124,47	1.186,28	1.082,60
23	M	467 M-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	106,39	106,39	106,39	106,39
		468 -Interventi chirurgici esteso non correlato alla diagnosi principale	-	-	7.614,31	6.948,97
		469 -Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	-	-	-	-
		470 -Non attribuibile al altro DRG	-	-	-	-
8	C	471 C-Int.maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	12.911,84	8.157,93	12.911,84	8.157,93
22	C	472 C-Ustioni estese con intervento chirurgico	29.295,62	24.508,86	29.295,62	24.508,86
17	M	473 M-Leucemie acute no interventi maggiori, età >17	124,47	124,47	17.516,83	6.990,94
4	M	475 M-Diagnosi relativa apparato respiratorio con respirazione assistita	124,47	124,47	8.736,38	7.308,72
	C	476 C-Intervento chirurgico prostata non correlato diagnosi principale	5.048,77	4.607,75	5.048,77	4.607,75
	C	477 C -Intervento chirurgico non esteso non correlato con diagnosi princ.	3.288,16	3.001,06	3.288,16	3.001,06
5	C	478 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare con CC	4.964,46	4.530,36	4.964,46	4.530,36
5	C	479 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare no CC	2.916,76	2.662,09	2.916,76	2.662,09
	C	480 C- Trapianto di fegato	-	-	-	-
	C	481 C- Trapianto di midollo osseo	38.554,07	38.554,07	38.554,07	38.554,07

	C	482 C-Tracheostomia con disturbi orali, laringei o faringei	9.918,98	7.289,31	9.918,98	7.289,31	7.289,31
	C	483 C-Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	41.679,54	34.868,85	41.679,54	34.868,85	34.868,85
24	C	484 C-Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	16.439,11	13.752,79	16.439,11	13.752,79	13.752,79
24	C	485 C-Reimpianto di arti, interv. su anca e femore per traumat.mult. rilev.	11.949,39	6.628,64	11.949,39	6.628,64	6.628,64
24	C	486 C-Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	12.066,99	10.095,39	12.066,99	10.095,39	10.095,39
24	M	487 M-Altri traumatismi multipli rilevanti	124,47	124,47	4.914,74	3.943,38	3.943,38
25	C	488 C-HIV associato ad intervento chirurgico esteso	10.412,32	8.694,50	10.412,32	8.694,50	8.694,50
25	M	489 M-HIV associato ad altre patologie maggiori correlate	124,47	124,47	5.907,08	3.891,74	3.891,74
25	M	490 M-HIV associato o non ad altre patologie correlate	124,47	124,47	2.512,77	2.293,23	2.293,23
8	C	491 C-Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	4.625,91	3.281,25	4.625,91	3.281,25	3.281,25
17	M	492 M-Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	vedi delibera				
7	C	493 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	4.623,75	3.540,67	4.623,75	3.540,67	3.540,67
7	C	494 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune no CC	2.569,56	1.832,81	2.569,56	1.832,81	1.832,81
	C	495 C-Trapianto di polmone	-	-	-	-	-

Allegato 4
DRG A TARIFFA INVARIATA
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE
019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI NO CC
025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 NO CC
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA
040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'>17
041 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'<18
042 C-INTERV. INTRAOCULARI, ECCETTO RETINA, IRIDE, CRISTALLINO
055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA
065 M-ALTERAZIONI DELL' EQUILIBRIO
088 M-MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE (COPD)
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 CON CC
090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 NO CC
091 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'<18
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC
133 M-ATEROSCLEROSI NO CC
134 M-IPERTENSIONE
142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC
157 C-INTERV. SU ANO E STOMA CON CC
158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC
160 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 NO CC
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 NO CC
163 C-INTERV. PER ERNIA, ETA'<18
182 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA'>17 CON CC
183 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA'>17 NO CC
184 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA'<18
187 M-ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI
208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC
232 C-ARTROSCOPIA
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO
245 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE NO CC
256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO
262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI
267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI
270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC
276 M-PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA
281 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'>17 NO CC
282 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'<18
283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC
284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC
294 M-DIABETE, ETA'>35
301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC
324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC
326 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 NO CC
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM.,CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL.MALIG

395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA'>17
426 M-NEVROSI DEPRESSIVA
427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVA
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE
467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE

Allegato n.5 : Importi aggiuntivi per le attività che prevedono l'impianto di protesi

Tipologia di protesi	Codici di diagnosi ICD9-CM (97)	Codici di intervento (*) ICD9-CM (97)	Importo previsto a parziale copertura costo protesi	Centri che possono beneficiare dell'importo aggiuntivo **
Sostituzione totale o sostituzione parziale della spalla		81.80 o 81.81	euro 1.740,00	Tutti gli ospedali pubblici con disciplina 36 Ortopedia e Traumatologia e le strutture private accreditate per la disciplina di Ortopedia
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo	754.2 o da (737.30 a 737.43)	81.04 a 81.08	euro 2.324,06	Tutti gli ospedali pubblici con disciplina 36 Ortopedia e Traumatologia e le strutture private accreditate per la disciplina di Ortopedia
Artrodesi vertebrale con innesto osseo	754.2 o da (737.30 a 737.43)	81.04 a 81.08 + 78.09	euro 2.685,58	Tutti gli ospedali pubblici con disciplina 36 Ortopedia e Traumatologia e le strutture private accreditate per la disciplina di Ortopedia
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo		81.01 a 81.03	euro 774,69	Tutti i presidi ospedalieri con disciplina- 30 Neurochirurgia
Artrodesi vertebrale con innesto osseo		81.01 a 81.03 + 78.09	euro 1187,85	Tutti i presidi ospedalieri con disciplina- 30 Neurochirurgia
Protesi sfinteriche urinarie		58.93	euro 4.131,65	Osp.Piacenza; Az.Osp.Reggio Emilia; Presidio Modena Centro; Az.Osp.Modena; Az.Osp.Bologna; Osp. Cento; Az.Osp.Ferrara; Osp.Cattolica.

Protesi endoaortiche	441._	39.52+38.91	euro 3.098,74	Osp.Piacenza, Az.Osp.Parma, Az.Osp.Reggio Emilia, Stabilimenti appartenenti all'ex Presidio Modena Centro, Az.Ospedaliera Bologna, Az.Osp.Ferrara, Osp.Ravenna, Osp.Rimini, CdC Hesperia Hospital Modena, CdC Villa Maria Cecilia Cotignola, Villa Torri di Bologna, Salus di Reggio Emilia, Osp.Maggiore di Bologna
Defibrillatori cardiaci a permanenza		37.94	euro 8.263,31	Cardiochirurgie e Cardiologie di 2° livello
Stimolatore cerebrale	332.0 o 333.6 o 333.8	02.93	euro 16.010,16	Azienda Ospedaliera di Ferrara, Osp. Bellaria di Bologna
Neurostimolatore spinale (compreso elettrostimolatore neuro urologico)		03.93	euro 2.324,06	Ospedali pubblici con disciplina 49 Terapia Intensiva ***
Pompa per infusione intratecale		86.06	euro 1.807,60	Ospedali pubblici con disciplina 49 Terapia Intensiva ***
Protesi metacarpale o metacarpofalangea		81.71 o 81.74 (il cod. va ripetuto per ogni protesi impiantata)	euro 1.804,00 (per ogni protesi)	Azienda Ospedaliera di Modena
Protesi biliari		51.87	euro 413,16	
Protesi mammarie e inserzione di espansore		85.95 o 85.53 o 85.54	euro 878,00 per 85.95 o 85.53 ; euro 1317 per 85.54	

Protesi cocleare		20.96 o 20.97 o 20.98	euro 21.474,27	Azienda Ospedaliera di Parma, Azienda Ospedaliera di Ferrara, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Ospedale Maggiore di Bologna, Presidio Ospedaliero Modena AUSL, Ospedale di Piacenza
------------------	--	--------------------------	----------------	--

* Tali codici o associazioni di codici sono da utilizzare solo nei casi in cui siano state effettivamente impiantate le protesi specificate

** I Centri sono stati individuati sulla base della attività svolta: ulteriori centri, per beneficiare dell'importo aggiuntivo, dovranno sottoporre formale richiesta al Servizio Presidi Ospedalieri dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

*** In attesa della individuazione dei centri Hub per la terapia del dolore cronico

**Allegato
n. 6**

**TARIFE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE
OSPEDALIERA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA - ANNO 2004**

MDC	SEDI/LIVELLO CODICE DISCIPLINA	TARIFFA giornaliera	Valore soglia in giorni di degenza per l'abbattimento del 40% della tariffa	TARIFFA giornaliera di DH (fino a 3 accessi)	TARIFFA giornaliera di DH (oltre i 4 accessi)
1 e 24	AS III -75 H (AOSP FE)	398,32		137,28	292,39
E DRG 483	AS III -75 HS	332,00			
	AS III-28	361,84		122,47	261,64
	RI II-56	282,24	60	122,47	183,70
	LPA/RE I-60	143,94	60		
4	AS III -75 H (AOSP FE)	216,18			
	AS III -75 HS	208,29			
	AS III-28	200,40			
	RI II-56	200,40	21	122,47	139,17
	LPA/RE I-60	143,94	60		
5	AS III -75 H (AOSP FE)	239,00			
	AS III -75 HS	227,13			
	AS III-28	217,10			
	RI II-56	217,10	15	122,47	144,74
	LPA/RE I-60	143,94	60		
8	AS III -75 H (AOSP FE)	244,94	40	137,28	163,22
	AS III -75 HS	233,80			
	AS III-28	222,67	40	122,47	155,87
	RI II-56	222,67	40	122,47	155,87
	LPA/RE I-60	143,94	60		
Altre MDC	AS III -75 H (AOSP FE)	183,70	30	137,28	137,28
	AS III -75 HS	175,35			
	AS III-28	167,01	30	122,47	122,47
	RI II-56	167,01	30	122,47	122,47
	LPA/RE I-60	143,94	60		

Allegato 7

Controlli esterni ed interni sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di prestazioni di ricovero nella Regione Emilia-Romagna

Il presente allegato definisce i principi e le modalità da seguire nella attività di controllo interno ed esterno locale sui comportamenti dei produttori pubblici e privati di prestazioni di ricovero nella regione Emilia-Romagna. Per "prestazioni di ricovero" si intendono i ricoveri ospedalieri in regime ordinario e di day-hospital di cittadini residenti sia in regione che fuori regione.

I controlli cui ci si riferisce nel presente documento sono relativi agli aspetti di corretta certificazione delle prestazioni erogate e di rispetto delle regole di corretta erogazione e tariffazione delle prestazioni stesse.

Le attività di controllo sono da considerarsi parte integrante del sistema di tariffazione delle prestazioni: esse sono finalizzate sia a prevenire i comportamenti opportunistici che a evidenziare gli ambiti di incremento del livello di appropriatezza delle attività.

Affinché tali obiettivi vengano efficacemente perseguiti, si ribadisce nel 2% la percentuale minima di attività di ricovero da sottoporre ad attività di controllo da parte delle singole Aziende, ciascuna per il proprio specifico ambito di responsabilità, come stabilito dall'art.88, comma 2, della L.388/2000.

Fatta salva pertanto la necessità di prevedere un volume minimo di casi controllati, i contenuti riportati di seguito definiscono, come detto, i principi e le modalità di carattere generale: a livello locale, pertanto, potranno essere individuati, sulla base di specifiche criticità, anche ulteriori tipologie di casistica da sottoporre a controllo.

Si sottolinea, come già fatto per gli anni precedenti, che l'attività di controllo non deve essere riferita esclusivamente ai ricoveri di cittadini residenti nell'ambito territoriale delle singole Aziende, ma deve essere opportunamente estesa anche ai ricoveri di cittadini provenienti da altre province o regioni.

Si ribadisce che le attività cui ci si riferisce devono essere tutte registrate in modo che sia possibile monitorarne i volumi e darne evidenza ad eventuali soggetti esterni controllori esterni (Nuclei Anti Sofisticazione, Controllori esterni provenienti da altre regioni, Nuclei di controllo Ministeriali) delle attività svolte

Inoltre una registrazione di tutti i controlli effettuati dalle singole Aziende, sia interni che esterni, comprensiva delle loro risultanze deve pervenire al Servizio Presidi Ospedalieri della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali con cadenza annuale, entro il 30 Giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Contenuto dei controlli

Il contenuto dei controlli è determinato sulla base delle priorità indicate a livello regionale e locale. Si ribadisce che i contenuti e le modalità dei controlli possono essere adattati alle peculiarità locali e focalizzati su fenomeni rilevanti, le tipologie di controllo richiamate di seguito non esauriscono pertanto le tipologie di attività di ricovero che, a livello locale, può essere sottoposta a controllo.

Le modalità e i contenuti dei controlli dovrebbero, possibilmente, essere concordate fra i diversi soggetti interessati preventivamente allo sviluppo degli accordi di fornitura e trovare in tale ambito adeguata esplicitazione: rimane però ferma la possibilità che, nel periodo di vigenza degli accordi stessi, emergano ulteriori necessità alle quali dovrà essere comunque dato corso.

Per quanto riguarda i controlli di natura amministrativa, svolti per lo più sulle variabili anagrafiche e finalizzati essenzialmente alla verifica dell'effettivo stato di assistito del beneficiario della prestazione, e della corretta tariffazione delle prestazioni stesse, questi rappresentano un tipo di attività, già consolidata nelle Aziende sanitarie di questa regione, che mantiene intatta la propria utilità.

Relativamente ai controlli di tipo sanitario, di seguito si riportano le indicazioni sulle tipologie di casistica da sottoporre prioritariamente a verifica.

• DRG "potenzialmente inappropriati"

Ricoveri Ordinari

Per quanto attiene ai ricoveri ordinari, in recepimento della delibera 1872/2004, l'elenco dei 63 DRG riportato dall'allegato 8 alla DGR XXXXX è sostituito da quello di 51 DRG sotto riportati, le indicazioni della delibera sono di monitorare i volumi di 15 DRG ed effettuare una verifica puntuale di appropriatezza su cartella clinica su base campionaria dei casi classificati nei restanti 36 DRG per la definizione dei valori di inappropriata che devono essere contenuti al di sotto del valore soglia specificato.

DRG			% massima di casi inappropriati	% massima di casi intempestivi
*6	C	Rilascio del tunnel carpale		
*19	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	46,0	0,1
*25	M	Convulsioni e cefalea età >17 senza CC	52,6	0,1
*39	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia		
*40	C	Interventi extraoculari, eccetto l'orbita, età > 17	20,3	0,1
*41	C	Interventi extraoculari, eccetto l'orbita, età < 18		
*42	C	Interventi intraoculari, eccetto retina, iride, crist.	14,9	0,6
*55	C	Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	20,0	0,0
*65	M	Alterazioni dell'equilibrio	58,3	0,0
88	M	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	58,7	0,0
89	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con CC	0,9	12,0
90	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 senza CC	1,6	0,0
91	M	Polmonite semplice e pleurite, età <18		
*119	C	Legatura e stripping di vene	4,3	0,0
127	M	Insufficienza cardiaca e shock	0,0	9,8
*131	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	28,2	2,9
*133	M	Aterosclerosi senza CC	56,0	0,0
*134	M	Ipertensione	29,8	0,5
*142	M	Sincope e collasso senza CC	4,5	0,0
*158	C	Interventi su ano e stoma senza CC	26,0	0,0
*160	C	Interventi ernia, ecc. inguin. e femor., età >17 no CC	0,0	0,3
*162	C	Interventi ernia inguinale e femorale, età >17 no CC	0,0	0,2
*163	C	Interventi per ernia, età < 18		

182	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età > 17 con CC	43,1	1,1
*183	M	Esofagite, gastr. miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC	42,2	0,0
*184	M	Esofagite, gastr. miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età <18		
*187	M	Estrazioni e riparazioni dentali		
*208	M	Malattie delle vie biliari senza CC	0,0	7,4
*222	C	Interventi sul ginocchio senza CC	0,0	0,0
*232	C	Artroscopia	24,7	0,1
*243	M	Affezioni mediche del dorso	37,3	0,0
245	M	Malattie dell'osso e artropatie specif. senza CC		
256	M	Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico		
*262	C	Biopsia mamm. e esciss. locale non neoplasie mal.		
*267	C	Interventi perianali e pilonidali	0,0	0,0
*270	C	Altri interventi pelle, sottocute, mamm. senza CC	3,7	0,1
*276	M	Patologie non maligne mammella		
*281	M	Traumi pelle, sottocute mamm, età >17 senza CC	35,6	0,0
*282	M	Traumi pelle, sottocute, mammella, età <18		
*283	M	Malattie minori della pelle con CC		
*284	M	Malattie minori della pelle senza CC	17,4	0,0
*294	M	Diabete età> 35	37,0	14,2
*301	M	Malattie endocrine senza CC	9,7	2,3
*324	M	Calcolosi urinaria senza CC	62,3	0,8
*326	M	Segni, sintomi rene, vie urinarie, età >17 senza CC		
*364	C	Dilatazione e raschiamento, eccetto neopl. maligne	2,1	0,0
*395	M	Anomalie dei globuli rossi, età >17	20,7	0,0
*426	M	Nevrosi depressiva	78,8	0,0
*427	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	81,8	0,0
*429	M	Disturbi organici e ritardo mentale	46,4	0,0
*467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	7,5	0,0

(*) DRG inclusi nella lista nazionale (Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001)

Ricoveri in Day Hospital

Le tipologie di ricoveri da sottoporre a controllo è rappresentata prevalentemente dai day-hospital medici. Si sono individuate due principali tipologie di eventi:

- Day hospital medico associato a prestazioni diagnostiche (anche invasive) o terapeutiche 'che non richiedono sorveglianza o osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi' potenzialmente trasferibile in Day service così come riportato nella Circolare 8 del 30/04/2004
- Day Hospital oncologico: verifica della congruità dell'accesso secondo i contenuti delle linee guida alla codifica revisione anno 2003: 'Protocollo di accesso al day hospital oncologico' riportati nel testo della presente delibera.
- **Controlli di congruità fra scheda nosologica e cartella clinica per le variabili rilevanti.**

Per una corretta compilazione della SDO devono essere prese a riferimento le "Linee guida alla codifica-revisione anno 2003".

A livello regionale è in fase di sperimentazione uno strumento automatizzato per il controllo di qualità ed accuratezza della compilazione della SDO, in grado di analizzare la variabilità dei comportamenti fra strutture e la variabilità temporale intra-struttura, previa adeguata selezione della base dati (acuti ordinari o neonati). Tale strumento effettua dei controlli sulla validità dei valori riportati in specifici campi della SDO (es. modalità di dimissione) e controlli fra campi per la verifica della coerenza logica dei valori di variabili clinicamente correlate (es. plausibilità della associazione fra età e diagnosi riportata). Inoltre segnala la assenza di indicazione di variabili che, su base presuntiva, dovrebbero essere correlate a specifiche variabili effettivamente riportate nella SDO (es. mancata segnalazione di intervento chirurgico). Le tipologie di errore previste da tale strumento sono state adattate per renderle coerenti con le attuali linee guida di codifica della SDO. I risultati preliminari della sperimentazione evidenziano potenziali errori di codifica nel 20% delle SDO, di queste una quota pari al 5% del totale influenzerebbe l'attribuzione del caso al DRG, sia in senso di attribuzione ad un DRG di maggior peso, che in senso contrario.

Sulla base di tali considerazioni e tenuto conto del fatto che lo strumento testato è in grado di evidenziare, probabilisticamente solo alcune tipologie di errore, si ritiene che i controlli di congruità scheda cartella clinica rappresentino una attività rilevante ai fini di garantire affidabilità dei dati e corretta tariffazione dei casi.

• Ulteriori tipologie

Dal monitoraggio nel tempo di alcuni eventi specificati nell'allegato 8 come casistica da sottoporre a controllo, si è riscontrato che la numerosità dei ricoveri ripetuti e maldefiniti si è ridotta nel tempo, è invece aumentata la percentuale dei casi complicati per le coppie di DRG omologhi. In particolare:

- Ricoveri ripetuti 0-1 giorno: il fenomeno, sottoposto a controlli sistematici su tutti i casi, si mantiene costante dal 2001 su valori dello 0.66-0.65 %
- Ricoveri ripetuti 2-7 giorni: si sta verificando un costante decremento dei casi: dall' 1.50% del 2000 al 1.29% del 2003
- Ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici brevi entro i 15 giorni precedenti ("Omnicomprendività della tariffa"), si sta verificando un costante decremento dei casi: dal 2.24% del 2000 all'1.64% del 2003
- DRG "maldefiniti" (424, 468, 476, 477) , la percentuale di ricoveri attribuiti a DRG "maldefiniti" si è stabilizzata su valori molto bassi: fra il 2000 e il 2003 XXXXX
- Ricoveri attribuiti ai DRG complicati: si è verificato un incremento dei casi, dal 28.84% dei DRG omologhi nel 2000 al 32.30% nel 2003.

Si ritiene pertanto utile che le Aziende valutino la necessità di mantenere il controllo di tali tipologie in relazione ai dati effettivamente verificati o ad altri aspetti, anche relativi alla appropriatezza specifica, come nel caso dei ricoveri ripetuti.

Una tipologia di evento sulla quale si richiama la attenzione delle Aziende è quella relativa ai ricoveri che presentano una fase per acuti, remunerata a DRG, e una di riabilitazione intensiva o lungodegenza-postacuzie-riabilitazione estensiva, remunerata a giornata di degenza, in tali casi è opportuno verificare la corretta distribuzione temporale delle diverse fasi.

DO= Degenza Ordinaria DH = Day-Hospital

Scala di priorità: massimo 1, minimo 4

Nel procedere alla analisi di appropriatezza dei singoli casi, è indispensabile utilizzare un protocollo condiviso ed esplicito di valutazione: le indicazioni emerse dal sottogruppo suddetto individuano in linea di massima tale protocollo nel Protocollo di Revisione Dell'Utilizzo dell'Ospedale (P.R.U.O.). A livello locale è però possibile utilizzare anche strumenti alternativi che dovrebbero essere sviluppati in modo condiviso fra i diversi soggetti e sottoposti alla valutazione del gruppo regionale per i controlli questo al fine di ridurre il livello di discrezionalità contribuendo alla auspicata trasparenza del sistema.

Per i controlli relativi alle attività psichiatriche dovranno inoltre essere tenute presenti le disposizioni specifiche per il settore psichiatrico.

Modalità di esecuzione dei controlli

Gli aspetti generali relativi alla modalità di esecuzione dei controlli possono essere come di seguito riassunti:

1. Controllo sistematico con cadenza almeno trimestrale dei dati di attività
2. Evidenziazione dei fenomeni che presentino rilevanza in termini di volumi di attività ed economici ed andamenti che indichino la possibile presenza di fenomeni opportunistici o che rientrino nelle tipologie succitate.
3. Analisi dei dati derivanti dai flussi informativi routinari relativi ai singoli casi che concorrono alla determinazione dei fenomeni suddetti.
4. Determinazione del campione di cartelle sulle quali eseguire verifica diretta
5. Comunicazione per iscritto con un preavviso di almeno 10 giorni alla struttura presso la quale le cartelle sono custodite del campione di cartelle da controllare e dei giorni nei quali i controlli verranno eseguiti
6. Esecuzione dei controlli in presenza di almeno un addetto della struttura controllata
7. Stesura di un verbale che descriva la attività di controllo svolta e proponga ai diversi responsabili le soluzioni da adottare per risolvere le situazioni problematiche e per evitare il ripetersi di situazioni anomale per il futuro
8. Definizione formale delle modalità di risoluzione delle situazioni anomale verificate, che comprenda la precisa definizione delle modifiche economiche e dei contenuti della scheda nosologica, con successiva comunicazione al soggetto che ha disposto il controllo
9. Accettazione formale da parte del soggetto che ha disposto il controllo
10. Le situazioni in cui non si pervenga ad una accettazione formale saranno portate alla Commissione di Arbitrato regionale
11. Aggiornamento dei flussi informativi interessati dalle modifiche concordate
12. Pianificazione delle azioni preventive mirate ad evitare il perpetuarsi di situazioni anomale da parte delle strutture interessate e successiva comunicazione dei risultati raggiunti ai soggetti interessati

Le fasi sopradescritte possono essere anche sostanzialmente modificate nelle singole realtà a seguito di accordi specifici fra le strutture e tenendo conto del livello di certificazione fornito dalle strutture relativamente alle attività di controllo interno sulle tematiche potenzialmente oggetto di controlli esterni o attraverso rapporti che prevedano la formulazione di contestazioni e delle relative controdeduzioni.

Effetti della attività di controllo

L'effetto atteso dalle attività di controllo è quello di indurre un effettivo miglioramento delle pratiche di ricovero nelle strutture facenti parte della rete dei servizi della Regione Emilia-Romagna.

Nei singoli casi le attività di controllo potranno avere anche riflessi economici immediati, tali effetti possono essere quantificati in modo molto semplice nei casi in cui dai controlli siano emerse determinate fattispecie (ad esempio casi di errata attribuzione del DRG nei quali il nuovo importo corrisponderà al nuovo DRG, ricoveri ripetuti che derivano da una frammentazione di un singolo episodio, etc), in altre situazioni la determinazione dei nuovi importi potrà essere oggetto di contrattazione fra le parti. Rientrano in tale fattispecie i controlli sui DRG potenzialmente inappropriati.

Resta inteso che, qualora dagli accertamenti effettuati dovessero scaturire evidenze penalmente rilevanti, si dovrà procedere nei termini di legge.

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Edicola del Comunale S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna
Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)
Libreria del professionista – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini
Libreria Universitaria & Giuridica – Via del Lazzaretto n. 51 – 47100 Forlì
Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

Libreria Bettini S.n.c. – Via Vescovado n. 5 – 47023 Cesena
Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)
Libreria Feltrinelli – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma
Edicola Libreria Cavalieri – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

- Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo
- Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

Avvertenza – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.

L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.

La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.