

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

- n. 1863 del 10/11/2008: **Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della R.E.R. applicabili a decorrere dall'1/1/2008**
- n. 1864 de 10/11/2008: **Delega della Giunta regionale all'Assessore alle Politiche per la salute per la firma dell'accordo – contratto riguardante regolamentazione rapporti tra la R.E.R. e gli Ospedali privati accreditati (Fascia A) per fornitura prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2007, 2008, 2009, 2010**

DELIBERAZIONI REGIONALI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 novembre 2008, n. 1863

Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della R.E.R. applicabili a decorrere dall'1/1/2008

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate la propria deliberazione 1920/07, 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 2007;

tenuto presente che ai sensi dell'art. 8 sexies del DLgs n. 502 del 30/12/1992 e successive modificazioni:

- 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) 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, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, 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. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994, recante "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994 (comma 5 così come modificato dalla conversione in legge del DL 112/08, Legge 133/08);
- c) con la stessa procedura di cui alla lettera precedente sono effettuati periodicamente la revisione 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);
- d) 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 di-

verse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale (comma 8);

considerato:

- che l'art. 8 comma 3 della legge 31/2008 stabilisce che l'aggiornamento delle tariffe massime debba avvenire non oltre il 31 dicembre 2008 e che è costituito un gruppo di lavoro a livello ministeriale per giungere entro i termini fissati alla definizione del nuovo tariffario;

dato atto:

- che le tariffe di cui alla propria deliberazione 1920/07 attualmente vigenti risultano essere mediamente superiori alle tariffe utilizzate per la mobilità interregionale, anche in conseguenza del fatto che dal 1997 non vi è stato l'aggiornamento tariffario periodico previsto al comma 6 del DLgs n. 502 del 30/12/1992 e successive modificazioni;
- che con nota prot. n. PG/2008/195503 del 14/8/2008 "Verifica dell'andamento delle gestioni aziendali 2008" veniva data indicazione alle Aziende, a parziale rettifica di quanto indicato nella deliberazione 602/08, per le prestazioni di degenza ospedaliera di procedere, anche ai fini della previsione di bilancio, ad una valorizzazione dell'attività ospedaliera mantenendo invariate le tariffe, in attesa dell'emanazione delle tariffe massime nazionali, a seguito della quale sarà possibile effettuare una valutazione complessiva del sistema tariffario regionale e pertanto di non calcolare il programmato incremento medio del 3%;

visto che a carico del bilancio regionale sono altresì posti i costi di importanti attività assistenziali al momento non comprese nei LEA, ma ritenute di particolare qualificazione in termini di maggiore equità e di pratica della prevenzione del Sistema sanitario regionale, quali l'assistenza odontoiatrica di cui alle proprie deliberazioni 2678/04 e 374/08, il controllo del dolore nel travaglio del parto di cui alla propria deliberazione 1921/07, le vaccinazioni gratuite a tutti i nuovi nati per pneumo e meningococco di cui alla circolare regionale n. 22 del 22 dicembre 2005;

ritenuto pertanto, considerato che le «tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione di congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale» e che gli «importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali» (comma 5 dell'art. 8-sexies, DLS 502 e s.m.i.), cauto ed opportuno non procedere ad incrementi tariffari i cui effetti, sul bilancio regionale, non sono al momento compiutamente prevedibili;

considerato comunque opportuno procedere alla rettifica tariffaria di alcuni DRG, in relazione alle mutate modalità di erogazione, al fine di facilitare percorsi erogativi omogenei e disincentivare comportamenti opportunistici, e di procedere ad un riequilibrio per un altro gruppo di DRG che, vista la verifica dei costi effettuata lo scorso anno, risultano particolarmente sottostimati dal punto di vista tariffario, anche in relazione alle tariffe attualmente utilizzate per la mobilità;

in particolare, per quanto concerne il DRG 483, si deve considerare che:

- dalle risultanze di approfondimenti eseguiti a cura dell'Agenzia Socio Sanitaria regionale l'indicazione all'uso della tracheotomia negli ultimi anni si è allargata a fasi più precoci dell'episodio di cura e quindi a pazienti meno selezionati per la probabilità di un lungo supporto ventilatorio;
- le stime disponibili dei costi relativi alla fase acuta, unitamente alla precedente considerazione, fanno sì che sia ragionevole ridurre la remunerazione del 483 a Euro 40.000;
- l'assistenza in fase acuta, così come osservata nelle aziende dell'Emilia-Romagna, è spesso ripartita tra l'ospedale nel quale viene praticata la procedura di tracheotomia ed altro presidio di pertinenza dell'AUSL di residenza del paziente;
- pertanto, per quanto sopra detto, si ritiene opportuna una re-

munerazione delle diverse fasi di degenza che tenga conto dei costi maggiori relativi alla fase iniziale di assistenza, ripartendo le remunerazioni successive secondo modalità coerenti con quelle attualmente adottate dai clinici;

considerato inoltre opportuno operare una parziale rimodulazione delle tariffe di lungodegenza e riabilitazione, favorendo le attività che, in relazione alle modalità di invio, non possono essere a rischio di comportamenti opportunistici, correlati al trasferimento precoce dal regime assistenziale acuto al regime assistenziale non acuto, con un impatto che non modifica complessivamente i valori dell'attività assistenziale ospedaliera non acuta;

verificato che le variazioni di cui al paragrafo precedente non modificano in maniera significativa l'ammontare del valore della produzione, avendo un effetto pari a circa + o - 0,5% a seconda del case mix delle strutture e pertanto tali modifiche sono da considerarsi coerenti con quanto previsto dalla sopra citata nota prot. n. PG/2008/195503 del 14/8/2008 "Verifica dell'andamento delle gestioni aziendali 2008";

considerato inoltre che:

- le prestazioni rese in mobilità sanitaria, non rientrano nella programmazione del fabbisogno regionale ed esorbitano dagli accordi di fornitura direttamente stipulati con i produttori;
 - il trend di crescita della mobilità attiva della Regione Emilia-Romagna, è stato fra il 2005 e il 2007 del 9% come numero di casi trattati e del 13% in termini di valore, ma con comportamenti estremamente diversi fra il comparto pubblico che incrementa del 3% in termini di casi e del 7% come valore e quello privato per il quale invece si riscontra un +21% di casi e +24% di valore;
 - la mobilità, in assenza di intese specifiche, di cui peraltro la Regione Emilia-Romagna si è fatta attiva promotrice, giungendo alla sottoscrizione di due intese con Regioni limitrofe, si traduce di fatto in un pagamento a piè di lista di prestazioni non regolamentate da accordi contrattuali, ma rimesse alla potestà unilaterale dell'erogatore-creditore per qualità, tipologia e budget, contrariamente a quanto previsto dalla normativa vigente;
 - i sopradetti problemi di natura programmatica, e il mancato governo della mobilità sanitaria interregionale, porta le regioni di residenza a contestare sempre più frequentemente i tassi di crescita sopra evidenziati, ingenerando rischi di natura economico-finanziaria a carico delle Regioni che si trovano ad anticipare pagamenti crescenti senza la certezza del corrispondente recupero;
 - nel tempo la materia della compensazione finanziaria dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza non ha trovato regolamentazione in una disciplina specifica, ancorché ciò fosse previsto all'art. 8-sexies, comma 8 del DLgs n. 502 del 30/12/1992 e successive modificazioni che ne detti regole ed eventuali limiti e tetti;
 - i valori siglati dalle Regioni anno per anno come "compensabili" in sede di finanziamento annuale possa ritenersi la spesa storica riconosciuta dal Sistema sanitario nazionale per la mobilità;
 - le tariffe attualmente in vigore nella regione Emilia-Romagna sono mediamente più alte di quelle utilizzate ai fini della compensazione della mobilità sanitaria e che ciò genera, per le prestazioni erogate a cittadini provenienti da altre regioni, un differenziale fra quanto remunerato dalla Regione Emilia-Romagna ai produttori e quanto riconosciuto, per le prestazioni rese in regime di ricovero, dalle Regioni di residenza dei cittadini;
- fatto salvo:
- il principio essenziale ed ispiratore del Servizio Sanitario Nazionale, ribadito dalla L.R. 29/04, della portabilità dei diritti e della libertà di scelta da parte del cittadino del luogo di

cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;

- quanto stabilito dagli accordi bilaterali attualmente esistenti fra la Regione Emilia-Romagna e le Regioni Veneto e Marche, che stabiliscono budget specifici;

ritenuto inoltre opportuno fornire indicazioni in merito a quanto previsto dall'art. 79, comma 1-septies del DL 112/08 convertito con la Legge 133/08 in materia di controlli;

dato atto, ai sensi dell'art. 37, comma 4 della L.R. 43/01 e successive modifiche e della propria deliberazione 450/07, del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale alla Sanità e Politiche sociali, dott. Leonida Grisendi;

su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

a voti unanimi e palesi, delibera:

1) che per l'anno 2008, per le prestazioni di assistenza ospedaliera, le tariffe previste sono quelle di cui agli Allegati 1, 2, 3.1, 3.2, 4 e 5;

2) di stabilire che le prestazioni erogate a cittadini provenienti da altre regioni siano remunerate, in via di anticipazione, pari a quanto riconosciuto alla Regione Emilia-Romagna nell'ultimo scambio di mobilità;

3) che l'ammontare di cui al punto precedente sia soggetto a saldo definitivo solo a seguito del consolidamento del consuntivo interregionale relativo alla compensazione delle prestazioni rese in mobilità, fino ad un massimo pari al nuovo valore riconosciuto;

4) che, al fine di non generare un differenziale economico dovuto al doppio regime tariffario (quello utilizzato per il calcolo della mobilità e quello utilizzato per il pagamento ai produttori da parte delle AUSL di competenza territoriale) che resterebbe a carico del bilancio della Regione Emilia-Romagna, per le ragioni spiegate in premessa, le prestazioni erogate ai cittadini provenienti da fuori regione siano remunerate con il tariffario in uso anno per anno per la mobilità sanitaria;

5) che l'utilizzo delle tariffe di cui al punto precedente decorre dall'1/7/2008, ad eccezione dell'attività di psichiatria per la quale, viste le specificità e complessità funzionali, è necessario un approfondimento di analisi che porterà all'adozione di provvedimenti specifici con decorrenza dall'1/1/2009;

6) che per i cittadini provenienti dal Veneto e dalle Marche valgono gli accordi specificatamente sottoscritti in termini di tetti di budget;

7) di stabilire che le Aziende, possono, fatti salvi i budget previsti nell'Accordo generale per il triennio 2007-2009 fra Regione Emilia-Romagna e AIOP, di cui alla propria deliberazione 1920/07, valutata l'opportunità e l'andamento della produzione, rinegoziare ed integrare i contenuti degli accordi con i produttori privati alla luce del mancato incremento tariffario;

8) che, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 79, comma 1-septies del DL 112/08 convertito con la Legge 133/08 i controlli in materia di appropriatezza, dall'1/8/2008, dovranno riguardare almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione per ciascun soggetto erogatore;

9) di stabilire che restano vigenti in materia di controlli le indicazioni di cui all'Allegato n. 7 della deliberazione di Giunta regionale 2126/05 in attesa delle risultanze del gruppo di lavoro di cui alla determina n. 13491 del 3/11/2008;

10) di stabilire che al 10% di cui al punto 8) del presente atto contribuiscano anche le attività di audit clinici interni ed esterni su specifici fenomeni individuati dalle Aziende o effettuati su indicazione regionale;

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

(segue allegato fotografato)

Allegato n.1**CLASSIFICAZIONE DEGLI STABILIMENTI OSPEDALIERI AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DELLE
TARIFFE DRG
REGIONE EMILIA ROMAGNA*****Stabilimenti ospedalieri di fascia A***

080004	-PIACENZA
08003110	-BAGGIOVARA
08004401	-IMOLA
08005301	-MAGGIORE - BO
08005302	-BELLARIA - BO
080072	-RAVENNA
08008501	-FORLI'
08009101	-CESENA
08009501	-RIMINI
080121	-I.R.S.T. SRL ISTITUTO SCIENTIFICO ROMAGNOLO
080902	-Azienda ospedaliera di PARMA
080903	-Azienda ospedaliera di REGGIO E.
080904	-Azienda ospedaliera di MODENA
080908	-Azienda ospedaliera di BOLOGNA
080909	-Azienda ospedaliera di FERRARA
080960	-Istituti Ortopedici Rizzoli

Stabilimenti ospedalieri di fascia B

Appartengono a tale fascia le restanti strutture ospedaliere sia di tipo pubblico, che di tipo privato accreditato. Fanno eccezione gli Ospedali Privati Accreditati eroganti prestazioni di alta specialità, fatto salvo quanto previsto dall'accordo generale fra Regione Emilia-Romagna e AIOP per il triennio 2007-2009 di alla DGR 1654/2007 per le strutture di fascia A che vi aderiscono.

Allegato 2

Regime ordinario

1. tariffe massime come da allegati n. 2.1

2. i ricoveri medici di un (1) giorno che restano pari a € 124,47, ad eccezione dei ricoveri di 1 giorno attribuiti ai seguenti DRG:

- 373 M-Parto vaginale no CC
- 323 M-calcolosi urinaria con CC e/o litotriressia 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 in letti appositamente individuati, anche in strutture private accreditate con caratteristiche di idoneità assistenziale ben definita all'interno degli accordi locali viene fissata pari a € **257,50**. Tale tariffa è applicabile esclusivamente a pazienti inviati dai referenti aziendali di struttura pubblica regionale.

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 afferisce a tale disciplina, fissando il valore a € 1.751,00 a giornata per i dimessi dal cod. disciplina 47;

5. Protesi: valori aggiuntivi rispetto al DRG come da allegato 4, 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 € 2.800,00. La tariffa qui definita è comprensiva delle quote per il finanziamento della banca delle cornee (€ 750,00) e del procurement (€ 258,00). Qualora la struttura non utilizzi le cornee di provenienza della Banca regionale non è tenuta a corrispondere alla Banca la relativa quota di € 750,00 considerata compensativa del valore della cornea, mentre la tariffa sopra definita viene decurtata della quota di € 258,00 relativa al finanziamento dell'attività di procurement;
- DRG 504 "ustioni estese di terzo grado con innesto di cute": la tariffa viene fissata in € 40.814,64, 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 506 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo": la tariffa viene fissata in € 26.103,11, 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 507 "ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo": la tariffa viene fissata in € 9.938,08, 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); "
- **Trapianto di intestino**: la tariffa viene fissata in € 169.160,29. Tale tariffa è applicata ai casi con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino" per pazienti dimessi dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna;
- **Trapianto multiviscerale**: la tariffa viene fissata in € 243.899,35. Tale tariffa è applicata ai casi con codice di intervento 46.97 "trapianto dell'intestino", associato nella medesima scheda, ad almeno uno dei seguenti codici di intervento 52.83, 50.59 per pazienti dimessi dalle Aziende

Ospedaliero-Universitarie di Modena o di Bologna, indipendentemente dal DRG di dimissione;

- **Trapianto di rene e cuore:** la tariffa viene fissata pari a € 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:** 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:** 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 DRG 103 Trapianto di cuore, DRG 302 Trapianto di rene, DRG 480 Trapianto di fegato, DRG 481 Trapianto di midollo, DRG 495 Trapianto di polmone, DRG 512 Trapianto di rene e pancreas, DRG 513 Trapianto di pancreas 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 € 1797,27.

7. Area Ortopedia:

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 7633,23;

- codice 81.55 Revisione di sostituzione di articolazione di ginocchio - Tariffa incrementale di EURO 7633,23
- codici da 170.1 a 170.9 Tumori maligni delle ossa e delle cartilagini articolari - Tariffa incrementale di EURO 7633,23;
- codici da 171.2 a 171.9 Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli - Tariffa incrementale di EURO 7633,23;
- codice 83.84 "correzione di piede torto"- Tariffa incrementale paria euro 2127,80. 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 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.

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 3553,50;
- 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 5047,00. In caso di reimpianto multiplo il codice di procedura verrà ripetuto tante

volte quante sono le dita reimpiantate e viene aggiunto un valore di 2000 euro alla tariffa precedente per ogni reimpianto oltre il primo.

8. Alte specialità riabilitative: nelle more della piena realizzazione di quanto previsto dalla propria deliberazione 1267/2002 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 € 545,00, per i pazienti il cui ricovero si sia svolto esclusivamente in disciplina 28, e a € 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. 3 con relativi abbattimenti tariffari per i ricoveri oltre i valori soglia;

9. 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 € 8.500,00.

10. 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. n. 2.1 e 2.2)

11. NEONATO SANO DIMESSO DAL NIDO

- Per i neonati presso la stessa struttura e ospitati e dimessi dal nido (codice 31), indipendentemente dall'attribuzione al DRG:

- Tariffa massima pari a Euro 335,32

- Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido alla nascita e dimesso dal nido perché trasferito ad altro presidio entro 0/1 giorno dalla nascita.
- Nessuna tariffa per il neonato ospitato al nido, di una struttura diversa da quella presso la quale è nato o della stessa struttura ma in una fase successiva alla dimissione, per mantenerlo vicino alla madre che sia stata trasferita ad una struttura diversa rispetto a quello nella quale ha avuto luogo il parto o sia stata nuovamente ricoverata presso la stessa struttura in una fase successiva.

Regime di day hospital

Tariffe massime come da allegato n. 2.2

1. DRG medici con 1, 2, 3 accessi tariffa forfettaria pari a € 124,47;

Fa eccezione a tale regola i casi attribuiti ai seguenti DRGs indipendentemente dal numero di accessi:

- 323M-calcolosi urinaria con CC e/o litotrixxia 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.

2. DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

DRG 409 M-radioterapia

DRG 410 M-chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta,

DRG 492 M-chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia

viene definita una tariffa ad accesso pari a € 310

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.

Drg a tariffa unica indipendentemente dal regime di erogazione e fascia ospedaliera

040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'>17	1.184,29
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.800,00
232 C-ARTROSCOPIA	1.555,99
270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC	1.319,69
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM.,CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL.MALIG	1.177,35
124 M -Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo card. e diag. CC	3.503,82
125 M -Malattie cardiovascolari no IMA, con cateterismo card. e diag. no CC"	2.208,16

DRG 483 "Tracheostomia eccetto per diag. faccia, bocca e collo":
tariffa pari a € 30.000,00 per tutti i casi con durata di degenza <= a 20 gg indipendentemente dalla fascia di appartenenza dello stabilimento di dimissione; tariffa pari a € 35.000,00 per tutti i casi con durata di degenza compresa fra i 21 e i 30 gg. indipendentemente dalla fascia di appartenenza dello stabilimento di dimissione; tariffa pari a € 40.000,00 per tutti i casi con durata di degenza > 30 gg indipendentemente dalla fascia di appartenenza dello stabilimento di dimissione. Le tariffe di cui sopra fanno riferimento alla degenza trascorsa in reparto per acuti; i casi trasferiti verso reparti di cod. 56, 60, 75 e 28 sommano alla tariffa di cui sopra la tariffa giornaliera specifica; valore soglia e la relativa tariffa pro die e la tariffa deceduto e trasferito in 1 giorno come da allegato 3.1.

Assistenza Psichiatrica

Per quanto riguarda le strutture private si rimanda a quanto stabilito nella DGR 1654/2007 "Approvazione dell'accordo generale per il triennio 2007-09 tra la Regione Emilia-Romagna e la Associazione della ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata"- Parte III Parte specifica Salute mentale;

1. Ospedali pubblici:

- tariffa pro die per i ricoveri ordinari pari a € 300,00;

Per i ricoveri in day hospital si applica una tariffa pari all'80% della tariffa giornaliera sopra definita.

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 essere 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).

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 2465/1999, 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: € 107,50/minuto da applicare sulla base dell'effettivo tempo di volo;

- Autoambulanza attraverso il servizio 118: tariffa forfettaria per trasporto di € 225,00.

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

la tariffa per giornata di degenza da riconoscere da parte dell'Azienda USL, qualora la struttura non sia a gestione diretta, è pari a € 192,00, fermo restando quanto stabilito dalla DGR 589/2002. Qualora il paziente non sia residente nel territorio dell'Azienda USL nel quale si trova l'Hospice, l'Azienda USL di competenza territoriale **fatturerà all'Azienda USL di residenza del paziente i suddetti € 192,00 + € 45,00 pro die**, per tutto quanto fornito direttamente dall'AUSL e non compreso nella tariffa base di € 192,00, così come previsto dalla DGR 589/2002.

Visto che l'attività erogata in Hospice non segue la compensazione economica legata alla mobilità sanitaria, ma viene direttamente fatturata all'AUSL di residenza del paziente, si stabilisce che per i cittadini residenti in Emilia-Romagna non debba essere acquisita l'autorizzazione al ricovero da parte della AUSL di residenza, ma valgono le regole, per l'accettazione della fatturazione, stabilite per la mobilità sanitaria. Per i cittadini residenti in altre Regioni l'AUSL di competenza territoriale deve inviare richiesta di autorizzazione all'AUSL di residenza del paziente.

Casa dei risvegli

La struttura assistenziale Casa dei risvegli "Luca de Nigris" sita presso la AUSL di Bologna è una struttura che sperimenta un nuovo modello assistenziale, per pazienti con gravi cerebrolesioni a bassa responsività protratta, di tipo paradomiciliare, per la preparazione alla domiciliarità. Stante la particolarità ed unicità della struttura, la sperimentazione in atto di un diverso modello assistenziale e riabilitativo al momento sostanzialmente rivolto a pazienti residenti secondo quanto definito dal protocollo dell'Azienda AUSL di Bologna, la Regione Emilia-Romagna partecipa con un finanziamento a funzione per la durata della sperimentazione medesima (tre anni, con scadenza fine 2008). Si ritiene comunque opportuno definire una tariffa giornaliera onnicomprensiva qualora venissero trattati pazienti provenienti da altre regioni. Tale tariffa, definita sulla base dei dati di costo forniti dall'Azienda è pari a € 450,00 da mettere in fatturazione diretta verso la AUSL di residenza del paziente. Nulla deve essere richiesto per eventuali pazienti provenienti dalle AUSL della Regione Emilia-Romagna.

ALLEGATO 3.1

TARIFE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO

DRG versione 19°

REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2008

drg	> 1 giorno		0-1 giorno		Incremento pro die	Deceduto 1 g. Trasferito 1 g.	Valore Soglia			
	Stabilimenti		Stabilimenti							
	Fascia A	Fascia B	Fascia A	Fascia B						
001 C-CRANIOTOMIA ETA>17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	1	C	alta complessità	11.181,95	8.753,14	8.945,56	7.002,51	278,33	573,35	25
002 C-CRANIOTOMIA ETA>17, PER TRAUMATISMO	1	C	alta complessità	10.134,80	8.479,04	8.107,84	6.783,22	326,2	870,64	19
003 C-CRANIOTOMIA ETA<18	1	C	alta complessità	10.477,70	8.022,59	8.382,15	6.418,07	326,2	551,11	38
004 C-INTERVENTI SU MIDOLLO SPINALE	1	C	alta complessità	7.642,77	6.394,24	6.114,22	5.115,38	177,01	472,05	23
005 C-INTERVENTI SU VASI EXTRACRANICI	1	C	alta complessità	5.600,49	4.198,13	4.480,39	3.358,49	282,78	596,76	7
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	1	C	potenzialmente inappropriato.	800	650	800	650	286,19	637,28	2
007 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. CON CC	1	C	alta complessità	8.533,86	7.138,77	6.827,09	5.711,02	223,77	492,09	5
008 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. NO CC	1	C	alta complessità	3.275,70	2.151,36	2.620,56	1.721,08	184,25	554,43	5
009 M-MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	1	M		3.945,44	3.601,04	124,47	124,47	246,6	566,68	22
010 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1	M		3.975,69	3.628,38	124,47	124,47	263,85	404,14	29
011 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	1	M		2.360,17	2.154,22	124,47	124,47	241,03	433,09	22
012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO	1	M		2.947,15	2.770,12	124,47	124,47	215,42	440,88	23
013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	1	M		2.473,56	2.257,08	124,47	124,47	218,77	430,84	19
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	1	M		3.752,30	3.424,77	124,47	124,47	211,53	385,19	25
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	1	M		2.174,52	1.985,34	124,47	124,47	213,19	447,55	17
016 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	1	M		3.421,28	3.122,25	124,47	124,47	223,22	430,84	20
017 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE NO CC	1	M		1.982,61	1.863,52	124,47	124,47	143,61	381,87	17
018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	1	M	potenzialmente inappropriato.	2.846,15	2.598,53	124,47	124,47	216,42	408,74	25
019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI NO CC	1	M	potenzialmente inappropriato.	1.514,02	1.382,30	124,47	124,47	156,93	418,12	19
020 M-INFEZIONI SISTEMA NERV., ECCETTO MENINGITE VIRALE	1	M		5.946,73	5.427,07	124,47	124,47	197,05	525,49	36
021 M-MENINGITE VIRALE	1	M		4.303,84	3.927,94	124,47	124,47	152,52	406,36	19

022 M-ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	1	M		2.240,90	2.044,86	124,47	124,47	233,24	411,92	14
023 M-STATO STUPOROSO E COMA NON TRAUMATICI	1	M		2.531,19	2.310,13	124,47	124,47	184,25	492,09	16
024 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA>17 CON CC	1	M	potenzialmente inappropriato.	2.472,14	2.257,06	124,47	124,47	225,18	442,71	19
025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA>17 NO CC	1	M	potenzialmente inappropriato.	1.354,65	1.236,80	124,47	124,47	161,18	437,26	16
026 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA<18	1	M		3.120,20	2.847,78	124,47	124,47	281,11	588,95	10
027 M-STATO STUPOROSO E COMA TRAUM.COMA >1 ORA	1	M		4.241,56	3.870,39	124,47	124,47	263,29	386,33	22
028 M-STATO STUPOROSO E COMA TRAUM.<1H, ETA>17 CON CC	1	M		3.767,42	3.438,15	124,47	124,47	273,32	515,47	23
029 M-STATO STUPOROSO E COMA TRAUM.<1H, ETA>17 NO CC	1	M		1.816,22	1.657,41	124,47	124,47	238,81	453,11	12
030 M-STATO STUPOROSO E COMA TRAUM.<1H, ETA<18	1	M		1.108,81	1.011,65	124,47	124,47	315,63	728,13	5
031 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA>17 CON CC	1	M		2.286,74	2.087,04	124,47	124,47	351,26	478,73	16
032 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA>17 NO CC	1	M		1.321,80	1.206,00	124,47	124,47	183,69	571,14	10
033 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA<18	1	M		740,05	675,15	124,47	124,47	363,49	585,62	5
034 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1	M		3.530,65	3.222,33	124,47	124,47	273,32	386,33	21
035 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	1	M		1.724,89	1.621,45	124,47	124,47	229,33	426,4	15
036 C-INTERVENTI SULLA RETINA	2	C		1.925,01	1.756,88	1.540,01	1.405,51	199,28	518,82	10
037 C-INTERVENTI SULL'ORBITA	2	C		2.432,88	2.219,95	1.946,31	1.775,97	260,51	1.017,58	12
038 C-INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	2	C		1.105,89	1.009,33	884,72	807,47	240,47	474,28	17
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	2	C	potenzialmente inappropriato.	1.033,00	900	1.033,00	900	250,55	692,6	7
040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA>17	2	C	potenzialmente inappropriato.	1.184,29	1.184,29	1.184,29	1.184,29	269,17	557,48	7
041 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA<18	2	C		1.095,15	998,97	876,12	799,18	270,23	913,9	2
042 C-INTERV. INTRAOCULARI, ECCETTO RETINA, IRIDE, CRISTALLINO	2	C	potenzialmente inappropriato.	1.798,61	1.642,13	1.439,01	1.312,88	202,14	538,34	7
043 M-EMORRAGIA SUB-CONGIUNTIVALE (IFEMA)	2	M		1.194,82	1.090,22	124,47	124,47	192,04	513,24	11
044 M-INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	2	M		1.779,56	1.624,25	124,47	124,47	163,65	417,5	14
045 M-MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	2	M		1.848,23	1.686,50	124,47	124,47	286,07	469,82	14
046 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA>17 CON CC	2	M		2.226,94	2.032,64	124,47	124,47	261,07	521,03	21
047 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA>17 NO CC	2	M		1.282,77	1.170,48	124,47	124,47	242,7	494,32	13
048 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA<18	2	M		1.258,90	1.148,95	124,47	124,47	303,94	582,27	13
049 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	3	C	alta complessità	8.230,11	4.470,99	6.584,09	3.576,79	210,41	513,24	16
050 C-SIALOADENECTOMIA	3	C		2.034,97	1.856,94	1.627,96	1.485,55	240,47	541,08	7
051 C-INTERV. GHIANDOLE SALIVARI, ECCETTO SIALOADENECTOMIA	3	C		1.937,22	1.767,94	1.549,78	1.414,35	237,69	549,97	7
052 C-RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI	3	C		2.332,03	2.128,43	1.865,63	1.702,74	227,68	465,38	11
053 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA>17	3	C		2.147,45	1.959,49	1.717,96	1.567,59	210,41	563,35	5
054 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA<18	3	C		2.075,29	1.894,04	1.660,22	1.515,23	172,55	440,88	5
055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3	C	potenzialmente	1.648,06	1.504,68	1.318,57	1.203,25	227,14	628,76	5

[illegible]

089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA>17 CON CC	4	M	potenzialmente inappropriato.	3.489,84	3.186,23	124,47	124,47	217,04	384,06	25
090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA>17 NO CC	4	M	potenzialmente inappropriato.	2.020,09	1.843,38	124,47	124,47	128,2	341,52	20
091 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA<18	4	M		2.303,66	2.066,50	124,47	124,47	229,27	409,6	11
092 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE CON CC	4	M		3.695,29	3.372,42	124,47	124,47	217,64	436,42	29
093 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE NO CC	4	M		2.383,43	2.175,16	124,47	124,47	211,53	393	19
094 M-PNEUMOTORACE CON CC	4	M		3.941,95	3.597,56	124,47	124,47	235,47	433,09	20
095 M-PNEUMOTORACE NO CC	4	M		1.842,98	1.682,42	124,47	124,47	199,28	388,55	13
096 M-BRONCHITE E ASMA, ETA>17 CON CC	4	M		2.780,09	2.537,33	124,47	124,47	206,51	390,77	18
097 M-BRONCHITE E ASMA, ETA>17 NO CC	4	M		1.836,98	1.676,44	124,47	124,47	140,27	374,08	14
098 M-BRONCHITE E ASMA, ETA<18	4	M		2.648,09	2.416,50	124,47	124,47	250,5	457,57	10
099 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI CON CC	4	M		2.352,59	2.146,66	124,47	124,47	124,12	369,63	24
100 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI NO CC	4	M		1.557,92	1.421,79	124,47	124,47	116,33	372,96	12
101 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO CON CC	4	M		2.819,17	2.572,50	124,47	124,47	252,73	472,05	21
102 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO NO CC	4	M		1.674,28	1.528,25	124,47	124,47	241,03	469,82	12
103 C-TRAPIANTO CARDIACO				66.140,94	0	0	0	613,65	1.732,48	67
104 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARD.	5	C	alta complessità	25.092,56	20.074,04	19.395,22	16.225,95	727,01	1.939,45	30
105 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARD.	5	C	alta complessità	19.008,20	15.206,56	14.583,81	12.201,03	337,33	1.323,76	22
106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA	5	C	alta complessità	21.214,85	16.971,88	14.258,67	11.843,45	705,3	1.881,56	29
107 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	5	C	alta complessità	18.447,15	14.757,72	14.258,67	11.843,45	705,3	1.881,56	27
108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI	5	C	alta complessità	19.008,21	15.902,54	15.206,57	12.722,03	402,47	1.160,09	22
109 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	5	C	alta complessità	15.268,20	12.214,56	11.801,51	8.863,99	307,27	977,51	18
110 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	5	C	alta complessità	13.213,61	11.054,41	10.570,89	8.843,53	305,05	896,24	26
111 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC	5	C	alta complessità	7.438,04	6.222,51	5.950,43	4.978,01	249,38	610,11	17
113 C-AMPUT. PER DISTURBI CIR.ECCEPITO AMP. ARTO SUP. E DITA PIEDE	5	C	alta complessità	11.175,25	7.751,06	8.940,20	6.200,84	231,01	542,19	58
114 C-AMPUT.ARTO SUP.E DITA PIEDE, PER MALATTIE APPAR.CIRCULATOR	5	C	alta complessità	7.619,28	4.321,19	6.095,43	3.456,95	254,38	430,84	32
115 C-PACEMAKER PERMANENTE CON IMA, INSUF.CARDIACA O SHOCK	5	C	alta complessità	12.511,60	9.773,43	10.009,28	7.818,74	470,94	1.000,89	21
116 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD.PERMANENTE CON ALTRE PATOL.	5	C	alta complessità	8.208,85	6.662,74	6.567,09	5.330,20	390,22	1.040,96	13
117 C-REVISIONE PACEMAKER CARD. ECCEPITO SOSTITUZIONE	5	C		3.784,29	3.453,84	3.027,43	2.763,07	321,75	809,4	17
118 C-SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	5	C		4.893,70	4.466,10	3.914,97	3.572,89	280	1.986,21	7
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	5	C	potenzialmente inappropriato.	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	252,14	563,86	7
120 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	5	C		6.142,73	5.605,77	4.914,18	4.484,60	336,77	663,54	28
121 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA CON COMPL.CARDIOVASC. VIVI	5	M	alta complessità	5.775,01	4.363,70	124,47	124,47	256,06	517,7	24

122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL. CARDIOVASC. VIVI	5	M	alta complessità	4.599,20	3.123,00	124,47	124,47	252,73	508,78	17
123 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA, DECEDUTI	5	M	alta complessità	4.561,15	3.815,51	0	0	328,99	836,11	23
124 M-MALATTIE CARDIOVASC. NO IMA, CON CATETERISMO CARD. E DIAG. CC	5	M		3.503,82	3.503,82	3.503,82	3.503,82	389,1	654,64	20
125 M-MALATTIE CARDIOVASC. ECCETTO IMA, CON CATETER. CARD. DIAG. NO CC	5	M		2.208,16	2.208,16	2.208,16	2.208,16	265,52	709,19	5
126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	5	M	alta complessità	9.884,20	7.707,67	124,47	124,47	242,15	417,5	68
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	5	M		3.091,51	2.822,55	124,47	124,47	204,8	437,26	20
128 M-TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	5	M		2.429,38	2.217,06	124,47	124,47	198,16	405,25	18
129 M-ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	5	M		3.807,12	3.474,29	124,47	124,47	216,54	699,16	22
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato.	2.672,09	2.438,62	124,47	124,47	226,83	427,36	24
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC	5	M	potenzialmente inappropriato.	1.533,45	1.400,04	124,47	124,47	203,74	367,04	20
132 M-ATEROSCLEROSI CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato.	2.227,85	2.094,10	124,47	124,47	160,53	427,36	19
133 M-ATEROSCLEROSI NO CC	5	M	potenzialmente inappropriato.	1.170,69	1.068,49	124,47	124,47	143,09	381,94	13
134 M-IPERTENSIONE	5	M	potenzialmente inappropriato.	1.310,23	1.196,24	124,47	124,47	152,67	406,42	13
135 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato.	2.661,51	2.428,81	124,47	124,47	229,9	446,44	19
136 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' > 17 NO CC	5	M		1.624,81	1.482,88	124,47	124,47	226,55	380,77	13
137 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA' < 18	5	M		1.978,53	1.805,75	124,47	124,47	383,54	1.064,35	23
138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC	5	M		2.526,76	2.376,14	124,47	124,47	299,48	474,28	16
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	5	M		1.564,08	1.428,00	124,47	124,47	225,44	485,38	12
140 M-ANGINA PECTORIS	5	M		1.919,20	1.751,65	124,47	124,47	227,68	469,82	16
141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato.	2.053,58	1.874,34	124,47	124,47	166,56	405,44	16
142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC	5	M	potenzialmente inappropriato.	1.277,22	1.166,10	124,47	124,47	147,35	430,88	11
143 M-DOLORE TORACICO	5	M	potenzialmente inappropriato.	1.593,42	1.498,00	124,47	124,47	365,17	487,63	10
144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	5	M		3.317,91	3.029,25	124,47	124,47	253,28	465,38	22
145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC	5	M		1.944,10	1.828,21	124,47	124,47	235,47	416,38	13
146 C-RESEZIONE RETTALE CON CC	6	C	alta complessità	9.880,29	7.082,72	7.904,22	5.666,17	231,01	503,22	33
147 C-RESEZIONE RETTALE NO CC	6	C	alta complessità	6.901,04	4.237,06	5.520,82	3.389,65	211,53	435,3	25
148 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	6	C	alta complessità	10.392,67	8.744,94	8.314,13	6.995,95	256,62	549,97	38
149 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC	6	C	alta complessità	6.075,39	4.169,08	4.860,31	3.335,26	160,31	427,52	18
150 C-LISI ADERENZE PERITONEALI CON CC	6	C		7.561,66	6.901,04	6.049,33	5.520,82	262,74	601,2	29

151 C-LISI ADERENZE PERITONEALI NO CC	6	C		3.526,31	3.218,64	2.821,05	2.574,91	203,17	492,09	14
152 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	6	C	alta complessità	5.888,56	4.802,80	4.710,84	3.842,24	224,89	620,14	22
153 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC	6	C	alta complessità	4.129,31	2.823,17	3.303,44	2.258,54	215,42	535,51	16
154 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA>17 CON CC	6	C	alta complessità	13.106,22	10.964,91	10.484,97	8.771,94	291,13	745,94	43
155 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA>17 NO CC	6	C	alta complessità	5.785,07	4.076,89	4.628,05	3.261,52	200,39	468,71	22
156 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA<18	6	C	alta complessità	5.549,02	2.304,62	4.439,22	1.843,70	258,84	548,87	34
157 C-INTERV. SU ANO E STOMA CON CC	6	C	potenzialmente inappropriato.	2.728,00	2.564,22	2.182,29	2.051,37	225,02	471,3	15
158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC	6	C	potenzialmente inappropriato.	1.459,74	1.332,74	1.199,26	1.064,87	222,36	440,46	5
159 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC	6	C	potenzialmente inappropriato.	3.153,95	2.878,45	2.523,15	2.302,76	208,75	455,85	19
160 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC	6	C	potenzialmente inappropriato.	1.858,83	1.697,11	1.486,73	1.357,20	198,95	433	11
161 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 CON CC	6	C	potenzialmente inappropriato.	2.427,17	2.282,48	1.941,74	1.825,46	243,82	475,59	10
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA>17 NO CC	6	C	potenzialmente inappropriato.	1.465,21	1.337,74	1.172,41	1.069,66	214,38	445,78	5
163 C-INTERV. PER ERNIA, ETA<18	6	C		1.373,22	1.252,84	1.098,57	1.002,27	303,21	984,1	5
164 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA CON CC	6	C		6.411,02	5.851,08	5.128,81	4.680,87	250,5	595,62	19
165 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA NO CC	6	C		3.584,49	3.271,23	2.867,59	2.616,99	239,36	578,93	11
166 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA CON CC	6	C		3.931,86	3.588,40	3.145,49	2.870,72	243,81	497,65	11
167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC	6	C		2.224,07	2.029,42	1.779,26	1.623,53	200,39	534,41	7
168 C-INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC	3	C		3.055,95	2.788,91	2.444,75	2.231,13	213,19	310,6	15
169 C-INTERVENTI SULLA BOCCA NO CC	3	C		1.785,96	1.630,05	1.428,77	1.304,05	210,97	601,2	10
170 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	6	C		8.103,70	7.395,52	6.482,96	5.916,42	262,74	660,21	44
171 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE NO CC	6	C		3.363,11	3.069,32	2.690,48	2.455,45	229,9	421,96	22
172 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	6	M		3.854,66	3.517,35	124,47	124,47	256,06	518,82	28
173 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE NO CC	6	M		1.958,16	1.840,75	124,47	124,47	234,35	418,61	21
174 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE CON CC	6	M		3.022,19	2.840,82	124,47	124,47	228,22	499,9	20
175 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE NO CC	6	M		1.699,29	1.596,88	124,47	124,47	207,63	406,36	16
176 M-ULCERA PEPTICA COMPLICATA	6	M		3.065,38	2.797,44	124,47	124,47	231,57	512,14	19
177 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC	6	M		2.447,42	2.233,35	124,47	124,47	199,28	410,82	20
178 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA NO CC	6	M		1.765,04	1.610,87	124,47	124,47	146,95	391,9	14
179 M-MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	6	M		3.276,82	2.990,43	124,47	124,47	226	478,73	22
180 M-OCCLUSIONE GASTROENTERESTINALE CON CC	6	M		2.753,26	2.512,71	124,47	124,47	231,01	423,06	22

181 M-OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE NO CC	6 M		1.545,12	1.410,16	124,47	124,47	146,39	390,77	16
182 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA>17 CON CC	6 M	potenzialmente inappropriato.	2.233,20	2.038,91	124,47	124,47	154,8	412,8	19
183 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA>17 NO CC	6 M	potenzialmente inappropriato.	1.348,32	1.231,01	124,47	124,47	153,2	408,54	13
184 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA<18	6 M		1.595,05	1.455,53	124,47	124,47	247,36	469,18	7
185 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCEPETO ESTRAS.E RIPARAZ, ETA>17	3 M		2.330,35	2.126,74	124,47	124,47	255,51	527,71	13
186 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCEPETO ESTRAS.E RIPARAZ, ETA<18	3 M		1.288,00	1.175,72	124,47	124,47	274,43	519,92	8
187 M-ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	3 M	potenzialmente inappropriato.	862,98	787,54	124,47	124,47	261,19	816,02	17
188 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 CON CC	6 M		3.076,88	2.808,11	124,47	124,47	235,47	557,78	19
189 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 NO CC	6 M		1.482,29	1.393,74	124,47	124,47	231,57	454,25	12
190 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA<18	6 M		2.016,54	1.840,33	124,47	124,47	262,74	583,38	7
191 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	7 C	alta complessità	14.453,75	12.091,50	11.563,00	9.673,19	286,67	840,57	38
192 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT NO CC	7 C	alta complessità	8.637,34	4.617,10	6.909,88	3.693,68	231,57	531,05	23
193 C-INT.BIL.ECCEPETO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. CON CC	7 C	alta complessità	10.373,65	8.225,65	8.298,92	6.580,52	251,6	567,79	58
194 C-INT.BIL.ECCEPETO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. NO CC	7 C	alta complessità	7.750,16	4.422,98	6.200,14	3.538,39	251,05	440,88	35
195 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. CON CC	7 C	alta complessità	8.204,38	6.158,74	6.563,50	4.926,98	223,22	534,41	43
196 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. NO CC	7 C	alta complessità	5.355,48	3.801,51	4.284,38	3.041,21	147,51	394,11	24
197 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. CON CC	7 C	alta complessità	5.981,98	4.580,73	4.785,58	3.664,59	216,54	503,22	35
198 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. NO CC	7 C	alta complessità	3.324,37	2.489,75	2.659,49	1.991,80	209,86	505,46	17
199 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNIE	7 C		6.936,28	6.329,92	5.549,03	5.063,92	179,25	478,73	37
200 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNIE	7 C		8.072,37	7.367,00	6.457,89	5.893,60	302,27	485,41	49
201 C-ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	7 C	alta complessità	10.079,42	6.829,43	8.063,54	5.463,55	348,46	920,72	31
202 M-CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	7 M		3.856,34	3.519,04	124,47	124,47	267,75	586,73	24
203 M-NEOPLASIE MALIGNIE DELL'APPARATO EPATOBILIARE O PANCREAS	7 M		3.607,42	3.292,49	124,47	124,47	236,02	496,55	27
204 M-MALATTIE DEL PANCREAS ECCEPETO NEOPLASIE MALIGNIE	7 M		3.310,95	3.021,74	124,47	124,47	219,32	440,88	23
205 M-MAL.FEGATO ECCEPETO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC.CON CC	7 M		3.634,27	3.317,10	124,47	124,47	261,07	590,06	22
206 M-MAL.FEGATO ECCEPETO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC. NO CC	7 M		1.886,60	1.721,40	124,47	124,47	234,91	436,42	18
207 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	7 M	potenzialmente inappropriato.	2.877,54	2.627,19	124,47	124,47	206,56	442,71	23

208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC	7	M	potenzialmente inappropriato.	1.369,53	1.250,38	124,47	124,47	161,18	412,8	18
209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	8	C	alta complessità	10.079,43	9.084,96	8.063,54	7.267,97	204,85	505,46	21
210 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA>17 CON CC	8	C	alta complessità	9.140,36	5.266,15	7.312,30	4.212,93	193,16	452,01	30
211 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA>17 NO CC	8	C	alta complessità	5.141,28	3.857,15	4.113,02	3.085,73	190,93	444,22	26
212 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA<18	8	C	alta complessità	6.601,65	2.998,55	5.281,33	2.398,84	293,36	598,97	18
213 C-AMPUTAZ. MALATTIE SIST.MUSCOLOSCHIELETRICO E TESS.CONNETTIVO	8	C	alta complessità	7.056,14	5.126,50	5.644,91	4.101,20	170,89	469,82	32
216 C-BIOPSIE SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	8	C		6.179,66	5.639,66	4.943,73	4.511,73	334,55	591,18	10
217 C-SBRIGL.FERITE,TRAP.CUT.ECC.MANO MAL.SIST.MUSCOLO SCHIE T.CON	8	C	alta complessità	10.097,79	8.447,53	8.078,24	6.758,01	274,43	711,43	33
218 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA>17 CON CC	8	C		4.462,69	4.072,46	3.570,15	3.257,98	199,84	521,03	27
219 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA>17 NO CC	8	C		2.709,20	2.472,54	2.167,35	1.978,04	189,26	472,05	17
220 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA<18	8	C		2.838,07	2.590,03	2.270,46	2.072,02	219,88	478,73	13
223 C-INTERV. MAG. SPALLA, GOMITO O ALTRI INT. ARTO SUP. CON CC	8	C		2.565,87	2.338,79	2.052,69	1.871,03	212,08	506,57	5
224 C-INTERV. SPALLA, GOMITO/AVAMBR. ECCETTO INT.MAG.ART. NO CC	8	C		2.071,75	1.890,75	1.657,40	1.512,59	202,06	508,78	10
225 C-INTERVENTI SUL PIEDE	8	C		2.483,96	2.266,69	1.987,17	1.813,35	244,93	563,35	5
226 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	8	C		4.165,57	3.801,44	3.332,45	3.041,15	219,88	435,3	23
227 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI NO CC	8	C		2.047,15	1.868,09	1.637,72	1.494,48	218,2	551,11	7
228 C-INT. MAG.POLLICE O ARTICOLAZIONI O INT. MANO/POLSO CON CC	8	C		2.408,11	2.197,69	1.926,49	1.758,14	249,95	610,11	5
229 C-INT. MANO O POLSO, ECCETTO INTERV.MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	8	C		1.675,35	1.528,80	1.340,28	1.223,04	210,41	626,81	5
230 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. ANCA E FEM.	8	C		2.776,49	2.534,14	2.221,19	2.027,31	161,98	535,51	10
231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM	8	C		3.340,45	3.048,49	2.672,36	2.438,79	248,27	745,94	7
232 C-ARTROSCOPIA	8	C	potenzialmente inappropriato.	1.555,99	1.555,99	1.555,99	1.555,99	200,55	674,52	5
233 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHIELETRICO E TESSUTO CONNET. CON CC	8	C		5.844,49	5.333,88	4.675,59	4.267,10	271,65	654,64	29
234 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHIELETRICO E TESSUTO CONNET. NO CC	8	C		2.709,20	2.596,17	2.167,35	2.076,94	220,98	485,38	10
235 M-FRATTURE DEL FEMORE	8	M		3.150,18	2.875,01	124,47	124,47	268,31	351,81	13
236 M-FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	8	M		2.507,94	2.357,87	124,47	124,47	282,78	332,87	21
237 M-DISTORSIONI, STIRAMENTI, LUSSAZIONI, ANCA, PELVI, COSCIA	8	M		1.695,79	1.548,03	124,47	124,47	221,55	421,96	17
238 M-OSTEOMIELITE	8	M		4.579,62	4.179,67	124,47	124,47	152,52	406,36	32
239 M-FRATTURA PAT.E NEOPLASIE MAL.SIST.MUSCOLO-SCHIELETRICO TESS.CON.	8	M		3.090,55	2.820,38	124,47	124,47	257,18	518,82	27
240 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	8	M		3.538,80	3.326,78	124,47	124,47	186,48	497,65	28

241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO NO CC	8	M		1.784,22	1.677,17	124,47	124,47	124,47	153,63	408,6	19
242 M-ARTRITE SETTICA	8	M		3.660,97	3.341,00	124,47	124,47	124,47	166,43	330,66	30
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	8	M	potenzialmente inappropriato.	1.276,26	1.164,64	124,47	124,47	124,47	135,65	361,72	16
244 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	8	M	potenzialmente inappropriato.	2.157,58	2.028,57	124,47	124,47	124,47	140,81	374,77	20
245 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE NO CC	8	M	potenzialmente inappropriato.	1.436,78	1.350,43	124,47	124,47	124,47	106,39	284,06	16
246 M-ARTROPATIE NON SPECIFICHE	8	M		1.760,96	1.654,99	124,47	124,47	124,47	132,47	354,04	18
247 M-SEGNI, SINTOMI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESS.CONNET.	8	M		1.753,39	1.600,39	124,47	124,47	124,47	154,19	410,82	15
248 M-TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	8	M		2.003,13	1.828,04	124,47	124,47	124,47	224,34	501,01	19
249 M-ASS.RIABILITATIVA PER MALAT. SIST.MUSCOLO-SCHELE TESS.CONN	8	M		2.066,90	1.886,22	124,47	124,47	124,47	240,47	650,19	15
250 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 CON CC	8	M		2.090,95	1.908,02	124,47	124,47	124,47	187,03	470,95	16
251 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 NO CC	8	M		1.356,06	1.237,95	124,47	124,47	124,47	176,45	498,76	10
252 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA<18	8	M		1.053,30	961	124,47	124,47	124,47	257,73	686,92	5
253 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA>17 CON CC	8	M		2.306,86	2.104,93	124,47	124,47	124,47	210,41	416,38	23
254 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA>17 NO CC	8	M		1.305,45	1.191,41	124,47	124,47	124,47	155,86	415,27	12
255 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA<18	8	M		1.397,32	1.275,38	124,47	124,47	124,47	222,1	592,3	7
256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO	8	M	potenzialmente inappropriato.	1.527,95	1.395,02	124,47	124,47	124,47	180,86	481,94	12
257 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	9	C		2.949,88	2.692,04	2.359,90	2.153,63	214,31	416,38	12	
258 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	9	C		2.307,46	2.211,48	1.845,96	1.769,19	204,85	473,17	10	
259 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	9	C		2.891,47	2.770,53	2.313,17	2.216,43	195,38	521,03	7	
260 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	9	C		1.865,10	1.787,44	1.492,08	1.429,95	169,77	453,11	5	
261 C-INT.MAMMELLA,NON NEOPLAS. MAL.ECCETTO BIOPSIA E ESCISS.LOC	9	C		2.237,78	2.145,24	1.790,23	1.715,45	249,38	507,68	7	
262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI	9	C	potenzialmente inappropriato.	1.242,75	1.134,47	1.218,17	1.111,83	253,74	601,1	2	
263 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. CON CC	9	C		7.537,60	6.879,23	6.030,09	5.503,38	140,83	341,79	28	
264 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	9	C		3.907,62	3.566,14	3.126,10	2.852,91	128,02	375,19	22	
265 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL.CON CC	9	C		4.301,47	3.925,67	3.441,17	3.140,53	228,22	465,38	15	
266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	9	C		2.173,76	2.083,87	1.739,01	1.666,60	177,01	470,95	7	
267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	9	C	potenzialmente inappropriato.	1.560,19	1.423,62	1.423,35	1.299,28	231,4	455,34	5	
268 C-CHIRURGIA PLASTICA PELLE, TESS.SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	9	C		2.230,79	2.036,11	1.784,63	1.628,89	228,22	562,24	7	
269 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA CON CC	9	C	potenzialmente inappropriato.	4.126,49	3.765,87	3.301,19	3.012,70	266,28	664,06	33	

270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC		9	C	potenzialmente inappropriato.	1.319,69	1.319,69	1.319,69	1.319,69	220,23	506,42	7
271 M-ULCERE PELLE		9	M		3.693,54	3.371,25	124,47	124,47	195,94	362,95	26
272 M-MALATTIE MAGG. PELLE CON CC		9	M		3.233,38	2.950,65	124,47	124,47	243,81	496,55	25
273 M-MALATTIE MAGG. PELLE NO CC		9	M		2.031,46	1.854,04	124,47	124,47	217,64	365,17	16
274 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC		9	M		3.570,80	3.356,75	124,47	124,47	207,08	546,65	30
275 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA NO CC		9	M		1.838,32	1.677,76	124,47	124,47	172,55	391,9	13
276 M-PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA		9	M	potenzialmente inappropriato.	715,44	652,93	124,47	124,47	217,04	575,58	12
277 M-CELLULITE, ETA>17 CON CC		9	M		2.788,32	2.544,58	124,47	124,47	142,5	379,65	24
278 M-CELLULITE, ETA>17 NO CC		9	M		1.833,09	1.673,11	124,47	124,47	140,83	375,19	17
279 M-CELLULITE, ETA<18		9	M		2.219,04	2.025,51	124,47	124,47	266,07	423,06	13
280 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA>17 CON CC		9	M	potenzialmente inappropriato.	1.606,61	1.466,03	124,47	124,47	283,81	428,45	16
281 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA>17 NO CC		9	M	potenzialmente inappropriato.	1.025,62	935,97	124,47	124,47	266,51	475,56	10
282 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA<18		9	M		1.025,11	935,61	124,47	124,47	238,85	636,22	5
283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC		9	M	potenzialmente inappropriato.	1.500,70	1.369,68	124,47	124,47	151,07	403,22	19
284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC		9	M	potenzialmente inappropriato.	887,32	809,53	124,47	124,47	216,5	404,28	13
285 C-AMPUTAZ.ARTO INF.PER DIST. ENDOCR.NUTR.METAB.		10	C	alta complessità	11.418,02	7.452,02	9.134,41	5.961,62	140,27	332,87	50
286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI		10	C	alta complessità	8.300,05	6.483,75	6.640,03	5.187,00	278,33	506,57	17
287 C-TRAP. CUTAN. SBIGLI. FER. PER DIST. END. NUTR. METAB		10	C	alta complessità	7.556,07	5.888,00	6.044,96	4.710,40	182,03	374,08	15
288 C-INTERVENTI PER OBESITA'		10	C	alta complessità	6.596,74	5.518,26	5.277,38	4.414,61	195,94	776	18
289 C-INTERVENTI SU PARATIROIDI		10	C		3.163,57	2.887,24	2.530,84	2.309,79	252,16	435,3	10
290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE		10	C		2.298,49	2.160,71	1.838,79	1.728,58	177,57	474,28	7
291 C-INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO		10	C		1.452,69	1.325,71	1.162,15	1.060,56	215,99	562,24	5
292 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. CON CC		10	C		8.435,42	7.698,14	6.748,33	6.158,52	365,17	974,18	17
293 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. NO CC		10	C		3.482,36	3.178,10	2.785,89	2.542,48	138,6	369,63	11
294 M-DIABETE, ETA>35		10	M	potenzialmente inappropriato.	1.615,22	1.474,70	124,47	124,47	140,43	374,5	19
295 M-DIABETE, ETA<36		10	M		2.291,20	2.090,95	124,47	124,47	278,89	411,92	16
296 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA>17 CON CC		10	M		2.904,11	2.649,87	124,47	124,47	243,81	446,44	22
297 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA>17 NO CC		10	M		1.626,57	1.529,16	124,47	124,47	218,2	426,4	16
298 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA<18		10	M		1.417,44	1.293,83	124,47	124,47	218,77	464,25	7
299 M-DIFETTI CONGENITI METABOLISMO		10	M		2.589,95	2.363,65	124,47	124,47	248,82	662,43	11
300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC		10	M	potenzialmente inappropriato.	2.788,70	2.545,25	124,47	124,47	244,91	424,07	22
301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC		10	M	potenzialmente inappropriato.	1.211,41	1.106,01	124,47	124,47	160,12	426,62	12

302 C-TRAPIANTO RENALE	11	C	alta complessità	51.182,53	0	0	0	789,53	1.973,56	36
303 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA PER NEOPLASIA	11	C	alta complessità	8.588,12	7.400,18	6.870,50	5.920,14	196,5	524,38	30
304 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA CON CC	11	C	alta complessità	7.813,38	6.526,81	6.250,71	5.221,45	242,7	542,19	28
305 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA NO CC	11	C	alta complessità	5.742,57	3.126,91	4.594,05	2.501,53	236,58	416,38	17
306 C-PROSTATECTOMIA CON CC	11	C		3.932,65	3.588,81	3.146,11	2.871,04	234,91	415,27	17
307 C-PROSTATECTOMIA NO CC	11	C		2.146,14	1.959,43	1.716,93	1.567,03	194,82	355,15	12
308 C-INTERVENTI MINORI VESCICA CON CC	11	C		4.417,24	4.031,54	3.533,80	3.225,23	304,49	641,27	29
309 C-INTERVENTI MINORI VESCICA NO CC	11	C		2.248,47	2.052,42	1.798,77	1.641,93	169,21	452,01	13
310 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE CON CC	11	C		2.740,05	2.575,98	2.192,04	2.060,78	279,44	438,65	15
311 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE NO CC	11	C		1.605,21	1.509,53	1.284,17	1.207,51	173,67	463,14	7
312 C-INTERVENTI URETRA, ETA>17 CON CC	11	C		2.398,04	2.188,28	1.918,43	1.750,62	226,55	444,22	15
313 C-INTERVENTI URETRA, ETA>17 NO CC	11	C		1.440,15	1.314,86	1.152,13	1.051,58	201,51	404,14	10
314 C-INTERVENTI URETRA, ETA<18	11	C		1.302,22	1.188,67	1.041,77	950,93	215,99	651,29	16
315 C-ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE	11	C		6.041,83	5.513,79	4.833,47	4.411,03	235,47	640,16	30
316 M-INSUFFICIENZA RENALE	11	M		3.826,68	3.492,18	124,47	124,47	272,2	563,35	22
317 M-RICOVERO PER DIALISI RENALE	11	M		1.505,83	1.374,38	124,47	124,47	183,69	149,18	10
318 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE CON CC	11	M		3.469,58	3.166,47	124,47	124,47	302,83	492,09	30
319 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE NO CC	11	M		1.564,33	1.427,61	124,47	124,47	222,1	522,14	16
320 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 CON CC	11	M		2.909,87	2.655,92	124,47	124,47	222,1	467,59	20
321 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 NO CC	11	M		1.929,09	1.760,96	124,47	124,47	175,34	405,25	17
322 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA<18	11	M		1.971,55	1.799,35	124,47	124,47	182,03	486,52	8
323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRISSIA CON ULTRASUONI	11	M	potenzialmente inappropriato.	2.165,88	2.035,98	vedi delibera	vedi delibera	261,89	445,99	13
324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC	11	M	potenzialmente inappropriato.	1.014,22	1.003,33	124,47	124,47	190,97	411,72	10
325 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 CON CC	11	M	potenzialmente inappropriato.	1.922,47	1.754,28	124,47	124,47	273,95	401,06	16
326 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA>17 NO CC	11	M	potenzialmente inappropriato.	1.182,73	1.079,60	124,47	124,47	235,65	417,04	11
327 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA<18	11	M		2.088,14	1.905,80	124,47	124,47	273,87	493,2	7
328 M-STENOSI URETRALE, ETA>17 CON CC	11	M		1.963,40	1.791,80	124,47	124,47	163,65	297,25	22
329 M-STENOSI URETRALE, ETA>17 NO CC	11	M		1.269,37	1.158,27	124,47	124,47	134,15	357,38	10
330 M-STENOSI URETRALE, ETA<18	11	M		839,61	766,35	124,47	124,47	188,7	282,79	15
331 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA>17 CON CC	11	M		3.013,48	2.749,95	124,47	124,47	234,91	489,86	22
332 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA>17 NO CC	11	M		1.649,85	1.505,56	124,47	124,47	234,91	435,3	16
333 M-ALTRE DIAGNOSI RENE-VIE URINARIE, ETA<18	11	M		2.845,55	2.597,18	124,47	124,47	300,59	543,3	18
334 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE CON CC	12	C	alta complessità	6.437,88	5.040,60	5.150,29	4.032,47	227,12	516,59	20

335 C-INTERVENTI MAGGIORI PELVI MASCHILE NO CC	12	C	alta complessità	5.180,39	3.792,27	4.144,32	3.033,80	220,98	494,32	14
336 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC	12	C		2.685,95	2.574,08	2.148,75	2.059,26	197,05	372,96	17
337 C-PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE NO CC	12	C		1.890,07	1.811,91	1.512,06	1.449,00	190,93	362,95	9
338 C-INTERV. SUL TESTICOLO, PER NEOPLASIA MALIGNA	12	C		2.896,54	2.643,46	2.317,23	2.114,77	243,81	475,38	5
339 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNIE, ETA > 17	12	C		2.247,02	2.050,67	1.797,61	1.640,54	205,95	548,87	5
340 C-INTERV. SUL TESTICOLO, NON PER NEOPLASIE MALIGNIE, ETA < 18	12	C		1.358,39	1.239,70	1.086,72	991,76	322,3	590,06	5
341 C-INTERVENTI PENE	12	C		2.987,30	2.808,47	2.389,84	2.246,78	219,88	935,2	15
342 C-CIRCUNCISIONE, ETA > 17	12	C		889,48	836,48	711,59	669,19	285,56	709,19	12
343 C-CIRCUNCISIONE, ETA < 18	12	C		593,37	541,6	474,71	433,28	263,29	612,33	5
344 C-ALTRI INT. APP. RIPRODUTT. MASCH., PER NEOPLASIE MALIGNIE	12	C		3.261,29	2.976,23	2.609,05	2.380,99	198,16	528,84	21
345 C-ALTRI INT. APP. RIPRODUTT. MASCH., NO NEOPLASIE MALIGNIE	12	C		2.321,19	2.118,15	1.856,95	1.694,52	243,81	407,47	13
346 M-NEOPLASIE MALIGNIE APP. GENITALE MASCHILE CON CC	12	M		3.057,10	2.873,19	124,47	124,47	266,07	482,07	28
347 M-NEOPLASIE MALIGNIE APP. GENITALE MASCHILE NO CC	12	M		1.580,04	1.442,16	124,47	124,47	248,27	433,09	18
348 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	12	M		2.103,03	1.919,20	124,47	124,47	209,3	453,11	13
349 M-IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA NO CC	12	M		1.219,34	1.112,88	124,47	124,47	208,19	420,84	12
350 M-INFIAMMAZIONE APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	12	M		1.990,25	1.816,30	124,47	124,47	238,81	509,9	13
352 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	12	M		1.721,19	1.570,73	124,47	124,47	207,63	553,33	10
353 C-EVISCERAZIONE PELVI, ISTEROCT. RADICALE E VULVECTOMIA RAD.	13	C	alta complessità	6.887,06	5.153,53	5.509,64	4.122,83	277,21	585,62	16
354 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. CON CC	13	C		4.061,08	3.705,87	3.248,87	2.964,70	190,93	274,98	24
355 C-INTERV. UTERO, ANNESSI PER NEOPLASIE NON OVAIE/ANN. NO CC	13	C		2.620,79	2.391,57	2.096,63	1.913,26	143,61	431,98	12
356 C-INTERV. RICOSTRUTTIVI APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	13	C		2.169,36	2.039,08	1.735,48	1.631,27	145,83	389,65	8
357 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, PER NEOPLASIE MALIGNIE OVAIE/ANNESSI	13	C	alta complessità	7.476,07	6.254,39	5.980,86	5.003,51	205,95	548,87	20
358 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE MALIGNIE CON CC	13	C		3.283,54	2.996,57	2.626,83	2.397,26	213,19	475,38	14
359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	13	C		2.406,34	2.262,90	1.925,08	1.809,57	173,12	462,03	8
360 C-INTERVENTI VAGINA, CERVICE, VULVA	13	C		2.380,70	2.172,62	1.904,56	1.738,10	263,85	703,62	10
361 C-LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	13	C		2.898,12	2.644,73	2.318,50	2.115,78	273,32	729,24	5
362 C-OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	13	C		1.500,24	1.369,35	1.200,20	1.095,48	173,67	458,68	2
363 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZ. IMPIANTO MAT. RADIOAT. NEOP MAL	13	C		1.929,09	1.760,38	1.543,27	1.408,30	289,46	525,49	15
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIGN	13	C	potenzialmente inappropriato.	1.177,35	1.177,35	1.177,35	1.177,35	242,57	687,28	7
365 C-ALTRI INERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	13	C		5.071,86	4.628,84	4.057,49	3.703,06	199,28	531,05	12
366 M-NEOPLASIE MALIGNIE DELL'APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC	13	M		3.751,72	3.424,19	124,47	124,47	277,77	567,79	30
367 M-NEOPLASIE MALIGNIE DELL'APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE NO CC	13	M		1.483,48	1.354,31	124,47	124,47	272,2	440,88	16

368 M-INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	13	M		2.617,32	2.388,53	124,47	124,47	124,47	189,26	504,33	13
369 M-DISTURBI MESTRUALI ET ALTRI DISTURBI DELL'APP. RIPRODUT. FEMM.	13	M		1.579,11	1.440,95	124,47	124,47	124,47	289,46	502,11	7
370 C-TAGLIO CESAREO CON CC	14	C		2.539,35	2.318,43	2.031,48	1.854,26	1.854,26	207,63	554,43	11
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	14	C		1.805,65	1.648,56	1.444,52	1.318,33	1.318,33	182,58	486,52	8
372 M-PARTO VAGINALE CON CC	14	M		1.370,47	1.251,24	124,47	124,47	124,47	268,31	639,06	6
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	14	M		981,7	896,29	758,8	692,47	692,47	212,08	565,57	5
374 C-PARTO VAG. CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAM.	14	C		1.644,10	1.501,06	1.315,28	1.200,10	1.200,10	276,66	591,18	6
375 C-PARTO VAG. CON ALTRO INT. ECCETTO STERIL. E/O DILAT. E RASC.	14	C		1.642,88	1.499,11	1.314,29	1.199,30	1.199,30	364,62	564,47	8
376 M-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO NO INT. CHIRURG.	14	M		1.059,55	967,37	124,47	124,47	124,47	238,81	456,46	10
377 C-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO CON INT. CHIRURG.	14	C		2.490,34	2.272,74	1.992,27	1.818,19	1.818,19	382,98	1.020,93	11
378 M-GRAVIDANZA ECTOPICA	14	M		2.282,82	2.083,67	124,47	124,47	124,47	195,38	521,03	8
379 M-MINACCIA D'ABORTO	14	M		895,26	817,37	124,47	124,47	124,47	232,68	620,14	10
380 M-ABORTO, SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	14	M		1.017,51	928,56	124,47	124,47	124,47	204,3	544,41	5
381 C-ABORTO CON DILATAZ.E RASCHIAM.MEDIANTE ASPIRAZ.O ISTEROTOM.	14	C		1.283,76	1.171,33	1.027,01	937,06	937,06	317,84	927,4	5
382 M-FALSO TRAVAGLIO	14	M		440,79	402,18	124,47	124,47	124,47	101,86	271,66	7
383 M-AL TRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	14	M		1.218,18	1.111,73	124,47	124,47	124,47	207,63	430,84	10
384 M-AL TRE DIAGNOSI PREPARTO NO COMPLICAZIONI MEDICHE	14	M		833,64	760,92	124,47	124,47	124,47	188,15	492,09	7
385 -NEONATI MORTI/TRASFERITI AD ALTRO OSPEDALE	15		alta complessità	4.661,85	3.362,96	0	0	0	280,55	519,92	41
386 -NEONATO GRAVEMENTE IMMATURO/SINDR. DA DISTRESS RESPIRATORIO	15		alta complessità	21.544,44	10.029,09	16.652,71	7.751,95	7.751,95	178,12	475,38	121
387 -PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	15		alta complessità	12.013,75	5.022,08	9.285,99	3.881,80	3.881,80	169,77	365,17	45
388 -PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	15		alta complessità	4.443,13	3.181,18	3.434,30	2.458,88	2.458,88	194,27	312,85	24
389 -NEONATIA TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	15			4.222,18	3.852,98	3.263,52	2.978,15	2.978,15	138,05	367,39	16
390 -NEONATI CON ALTRI AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	15			3.364,65	3.070,98	2.600,70	2.373,70	2.373,70	102,97	274,98	8
391 -NEONATO NORMALE	15		n.d.n	668,27	609,82	516,54	471,36	471,36	0	0	7
392 C-SPLENECTOMIA, ETA' >17	16	C	alta complessità	10.126,97	8.472,33	8.101,58	6.777,86	6.777,86	314,51	798,27	21
393 C-SPLENECTOMIA, ETA' <18	16	C	alta complessità	5.117,73	4.180,22	4.094,19	3.344,18	3.344,18	251,05	583,38	16
394 C-ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	16	C		4.737,36	4.323,42	3.789,89	3.458,74	3.458,74	320,63	802,73	12
395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' >17	16	M	potenzialmente inappropriato.	2.386,40	2.178,78	124,47	124,47	124,47	245,76	428,76	20
396 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' <18	16	M		2.018,23	1.842,02	124,47	124,47	124,47	244,93	597,87	11
397 M-DIFETTI DELLA COAGULAZIONE	16	M		3.673,77	3.352,63	124,47	124,47	124,47	363,49	757,08	18
398 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	16	M		3.731,35	3.404,99	124,47	124,47	124,47	202,62	539,97	27
399 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO NO CC	16	M		2.078,60	1.896,50	124,47	124,47	124,47	182,03	485,41	13

400 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	17	C	alta complessità	10.997,35	7.132,27	8.797,88	5.705,82	328,99	739,27	18
401 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. CON CC	17	C	alta complessità	10.585,66	6.362,92	8.468,53	5.090,34	293,36	436,42	46
402 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. NO CC	17	C	alta complessità	4.446,49	2.311,34	3.557,19	1.849,07	160,86	429,74	15
403 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	17	M	alta complessità	8.567,98	4.693,39	124,47	124,47	329,53	619	34
404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	17	M	alta complessità	4.244,00	2.011,51	124,47	124,47	254,38	467,59	24
405 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURG. MAGGIORI, ETA<18	17	M	alta complessità	8.814,67	2.861,21	124,47	124,47	586,17	1.467,38	44
406 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL.POCO DIF.CON INT.MAGG.CON CC	17	C	alta complessità	12.352,18	7.492,85	9.881,75	5.994,29	262,18	407,47	39
407 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL.POCO DIF.CON INT.MAGG. NO CC	17	C	alta complessità	5.943,37	3.249,42	4.754,70	2.599,54	184,81	493,2	17
408 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL. POCO DIF. CON ALTRI INT.	17	C		4.097,86	3.926,46	3.278,29	3.141,17	323,98	673,56	15
409 M-RADIOTERAPIA	17	M		2.933,37	2.677,16	124,47	124,47	291,68	395,23	7
410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN.SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	17	M		1.808,47	1.650,71	124,47	124,47	293,92	605,66	8
411 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	17	M		1.313,58	1.198,40	124,47	124,47	178,12	355,15	16
412 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	17	M		1.263,06	1.152,88	124,47	124,47	274,43	355,15	17
413 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. CON CC	17	M		4.115,31	3.867,86	124,47	124,47	244,37	450,9	30
414 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. NO CC	17	M		2.115,83	1.930,82	124,47	124,47	168,66	449,79	18
415 C-INTERV. CHIRURGICI PER MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	18	C	alta complessità	11.381,66	9.521,72	9.105,32	7.617,37	287,24	554,43	49
416 M-SETTICEMIA, ETA>17	18	M		4.697,65	4.286,92	124,47	124,47	227,68	456,46	31
417 M-SETTICEMIA, ETA<18	18	M		2.662,62	2.429,93	124,47	124,47	263,29	426,4	17
418 M-INFIEZIONI POST-OPATORIE E POST-TRAUMATICHE	18	M		2.871,84	2.621,24	124,47	124,47	243,25	466,49	24
419 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA>17 CON CC	18	M		2.818,70	2.572,58	124,47	124,47	185,36	494,32	17
420 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA>17 NO CC	18	M		2.008,79	1.833,09	124,47	124,47	160,31	428,63	16
421 M-MALAT. DI ORIGINE VIRALE, ETA>17	18	M		2.042,27	1.863,84	124,47	124,47	194,27	517,7	14
422 M-MALAT. DI ORIG.VIRALE E FEBBRE DI ORIG.SCONOSCIUTA, ETA<18	18	M		2.263,79	2.065,78	124,47	124,47	266,07	542,19	10
423 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	18	M		4.740,17	4.326,22	124,47	124,47	272,77	605,66	22
424 C-INT.CHIRURG.DI QUAL.TIPO IN PAZ.CON DIAG.PR.DI MALAT.MENTALE	19	C		7.138,77	6.514,51	5.711,02	5.211,61	237,69	662,43	18
425 M-REAZ.ACUTA DA ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	19	M		2.090,39	1.907,46	124,47	124,47	260,51	444,22	16
426 M-NEVROSI DEPRESSIVA	19	M	potenzialmente inappropriato.	1.195,38	1.091,00	124,47	124,47	204,27	365,98	16
427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVA	19	M	potenzialmente inappropriato.	976,47	890,88	124,47	124,47	219,7	383	16

428 M-DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	19	M		2.285,61	2.085,92	124,47	124,47	202,62	434,19	19
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	19	M	potenzialmente inappropriato.	1.476,03	1.347,19	124,47	124,47	152,14	406,42	22
430 M-PSICOSI	19	M		2.682,21	2.447,84	124,47	124,47	194,27	382,98	22
431 M-DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	19	M		1.774,34	1.619,39	124,47	124,47	168,11	447,55	15
432 M-ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI	19	M		2.110,52	1.925,93	124,47	124,47	189,82	524,38	12
433 M-ABUSO/DIPEND.DA ALCOL/FARMACI DIMESSO CONTRO PARERE SANIT.	20	M		1.051,62	959,88	812,85	741,93	303,94	377,42	7
439 C-TRAPIANTO DI PELLE PER TRAUMATISMO	21	C		3.597,90	3.283,54	2.878,32	2.626,83	231,01	615,68	12
440 C-SBRIGLIAMENTO FERITA PER TRAUMATISMO	21	C		5.447,76	4.971,75	4.358,21	3.977,39	365,76	1.028,72	22
441 C-INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	21	C		2.172,05	1.982,42	1.737,64	1.585,94	227,68	643,51	12
442 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC	21	C	alta complessità	8.133,34	5.173,68	6.506,67	4.138,93	302,83	574,49	27
443 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO NO CC	21	C	alta complessità	4.662,96	2.096,65	3.730,37	1.677,31	226,55	501,01	15
444 M-TRAUMATISMI, ETA'>17 CON CC	21	M		2.358,42	2.162,48	124,47	124,47	219,88	463,14	16
445 M-TRAUMATISMI, ETA'>17 NO CC	21	M		1.434,59	1.309,52	124,47	124,47	215,42	420,84	11
446 M-TRAUMATISMI, ETA'<18	21	M		1.444,87	1.318,45	124,47	124,47	296,7	574,49	7
447 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA'>17	21	M		1.517,78	1.385,14	124,47	124,47	274,98	444,22	10
448 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA'<18	21	M		1.045,47	953,72	124,47	124,47	278,89	484,3	5
449 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA'>17 CON CC	21	M		2.340,98	2.136,25	124,47	124,47	264,97	469,82	16
450 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA'>17 NO CC	21	M		1.334,53	1.218,18	124,47	124,47	258,84	538,84	10
451 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA'<18	21	M		1.562,89	1.426,42	124,47	124,47	282,23	752,62	5
452 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO CON CC	21	M		2.536,76	2.315,26	124,47	124,47	202,62	539,97	21
453 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO NO CC	21	M		1.288,57	1.210,99	124,47	124,47	179,79	479,84	10
454 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM., EFFETTI TOSSICI CON CC	21	M		2.738,30	2.498,62	124,47	124,47	291,68	283,9	14
455 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM., EFFETTI TOSSICI NO CC	21	M		1.274,60	1.162,91	124,47	124,47	153,08	563,35	10
461 C-INTERV. CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON S.S.N.	23	C		2.613,41	2.385,18	2.090,72	1.908,14	230,46	466,49	10
462 M-RIABILITAZIONE	23	M		5.283,31	4.821,27	124,47	124,47	98,52	521,03	73
463 M-SEGNI E SINTOMI CON CC	23	M		2.159,19	2.029,80	124,47	124,47	160,31	395,23	20
464 M-SEGNI E SINTOMI NO CC	23	M		1.355,37	1.236,78	124,47	124,47	148,07	426,4	13
465 M-ASS.RIABILITAT. CON ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA.SEC	23	M		1.047,70	955,97	124,47	124,47	215,99	575,6	12
466 M-ASS.RIABILITAT. NO ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA.SEC	23	M		1.580,80	1.442,62	124,47	124,47	187,59	501,01	15
467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	23	M	potenzialmente inappropriato.	924,89	843,75	124,47	124,47	150,01	400,02	10
468 C-INTERV. CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO ALLA DIAGN.PRINC.			C	10.146,54	9.259,94	8.117,24	7.407,95	298,38	794,92	37

469	DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	0				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
470	NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	0				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
471	C-INT. MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZ. ARTI INF.	8	C	alta complessità		16.704,69	10.554,34	13.363,75	8.443,47	231,57	586,73	38							
473	M-LEUCEMIE ACUTE NO INTERVENTI MAGGIORI, ETA>17	17	M	alta complessità		23.342,27	9.315,87	124,47	124,47	619,57	1.406,14	65							
475	M-DIAGN. RELATIVA APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZ. ASSIST.	4	M	alta complessità		11.641,76	9.739,32	124,47	124,47	365,17	896,24	44							
476	C-INTERV. CHIRURGICO PROSTATA NON CORRELATO DIAGN. PRINC.		C			6.531,85	5.961,28	5.225,48	4.769,02	252,73	551,11	45							
477	C-INTERV. CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAG. PRINC.		C			4.254,06	3.882,64	3.403,25	3.106,11	206,51	549,97	32							
478	C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	5	C			6.422,76	5.861,16	5.138,21	4.688,92	243,25	649,08	28							
479	C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC	5	C			3.773,56	3.444,09	3.018,85	2.755,26	217,64	536,63	17							
480	C-TRAPIANTO DI FEGATO		C	alta complessità		94.805,20	0	0	0	901,31	2.331,89	75							
481	C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO		C	alta complessità		49.879,33	49.879,33	39.903,46	39.903,46	1.089,79	3.891,25	53							
482	C-TRACHEOSTOMIA PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO		C	alta complessità		12.832,68	9.430,55	10.266,14	7.544,44	239,91	551,11	54							
483	C-TRACHEOSTOMIA ECCEPTE PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO		C	alta complessità		15.459,53	8.575,81	12.367,62	6.860,65	336,77	898,45	36							
484	C-CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	24	C	alta complessità		21.268,10	17.792,67	17.014,48	14.234,14	516,58	841,67	56							
485	C-REIMPIANTO DI ARTI, INTERV. SU ANCA E FEMORE PER TRAUMAT. MULT.	24	C	alta complessità		15.459,53	8.575,81	12.367,62	6.860,65	336,77	898,45	36							
486	C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEV.	24	C	alta complessità		15.611,68	13.060,91	12.489,35	10.448,73	364,06	822,75	42							
487	M-ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	24	M	alta complessità		6.549,19	5.254,79	124,47	124,47	359,04	649,08	22							
488	C-HIV ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	25	C	alta complessità		13.470,93	11.248,51	10.776,74	8.998,82	212,65	567,79	2							
489	M-HIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	25	M	alta complessità		7.871,56	5.185,98	124,47	124,47	189,26	504,33	47							
490	M-HIV ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	25	M			3.348,42	3.055,87	124,47	124,47	216,54	577,81	24							
491	C-INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI SUP.	8	C	alta complessità		5.984,76	4.457,37	4.787,82	3.565,89	191,48	478,73	19							
492	M-CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	17	M			8.253,06	7.532,02	124,47	124,47	251,6	671,35	26							
493	C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE CON CC	7	C	alta complessità		5.981,98	4.580,73	4.785,58	3.664,59	216,54	503,22	26							
494	C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC	7	C	alta complessità		3.324,37	2.442,33	2.659,49	1.953,86	209,86	505,46	7							
495	C-TRAPIANTO DI POLMONE		C	alta complessità		51.781,00	0	0	0	233,4	614,74	44							
496	C-ARTRODESI VERTEBRALE APPROCCIO ANTER/POSTER COMBINATO	8	C	alta complessità		19.670,02	8.440,95	6.398,57	3.987,15	212,08	457,57	50							
497	C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTE CERVICALE CON CC	8	C	alta complessità		15.881,54	8.248,54	6.398,57	3.987,15	212,08	457,57	23							
498	C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTE CERVICALE SENZA CC	8	C	alta complessità		11.636,24	4.003,24	3.055,81	2.326,80	160,86	428,63	15							
499	C-INTERV. DORSO E COLLO ECCEPTE ARTRODESI VERTEB CON CC	8	C	alta complessità		6.464,58	5.494,89	6.398,57	3.987,15	212,08	457,57	23							
500	C-INTERV. DORSO E COLLO ECCEPTE ARTRODESI VERTEB SENZA CC	8	C	alta complessità		3.878,74	3.025,42	3.055,81	2.326,80	160,86	428,63	8							
501	C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE CON CC	8	C			7.961,74	7.266,35	4.102,66	3.744,33	203,82	443,8	93							
502	C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE SENZA CC	8	C			5.307,83	4.844,23	2.091,65	1.908,82	188,31	502,16	29							
503	C-INTERV. GINOCCHIO SENZA DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE	8	C	potenzialmente inappropriato.		2.614,82	2.386,03	2.091,65	1.908,82	188,31	502,16	5							

504 C-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO CON INNESTO DI CUTE	22	C	alta complessità	37.791,33	31.616,23	30.233,06	25.292,98	323,98	227,12	73
505 M-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO SENZA INNESTO DI CUTE	22	M	alta complessità	10.570,07	8.842,92	124,47	124,47	269,98	720,33	27
506 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. SI CC/TRAUMA	22	C	alta complessità	20.820,84	17.418,72	16.656,67	13.934,97	309,5	824,99	43
507 C-UST. EST. TUTTO SPESS. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TRAUMA	22	C	alta complessità	8.281,73	6.928,49	6.625,38	5.542,79	309,5	824,99	31
508 M-UST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. CC/TRAUMA	22	M	alta complessità	5.483,80	4.587,74	124,47	124,47	174,79	465,38	47
509 M-UST. EST. TUTTO SPESS. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TR.	22	M	alta complessità	3.072,39	2.570,36	124,47	124,47	174,79	465,38	28
510 M-USTIONI NON ESTESE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	22	M	alta complessità	5.785,75	4.840,36	124,47	124,47	174,79	465,38	32
511 M-USTIONI NON ESTESE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	22	M	alta complessità	3.237,75	2.708,70	124,47	124,47	174,79	465,38	15
512 C-TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE		C	alta complessità	65.027,00	0	0	0	789,53	1.973,56	46
513 C-TRAPIANTO DI PANCREAS		C	alta complessità	22.522,26	0	0	0	286,67	840,57	55
514 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARD CON CATETERISMO CARDIACO	5	C	alta complessità	20.909,03	17.492,39	19.395,22	16.225,95	727,01	1.939,45	37
515 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATETERISMO CARD.	5	C	alta complessità	16.701,96	13.973,10	14.583,81	12.201,03	337,33	1.323,76	18
516 C-INTERVENTI SISTEMA CARDIOVASCOLARE VIA PERCUTANEA CON IMA	5	C	alta complessità	9.291,64	7.433,31	7.422,31	5.946,65	376,86	1.107,77	14
517 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. CON INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA	5	C	alta complessità	7.433,31	5.946,65	5.946,65	4.757,32	376,86	1.107,77	10
518 C-INT. SIST. CARDIOV. VIA PERCUT. NO INS. STENT ARTER. CORON. NO IMA	5	C	alta complessità	5.946,65	4.757,32	4.757,32	3.805,86	376,86	1.107,77	10
519 C-ARTRODESI VERTEBRAL CERVICALE CON CC	8	C	alta complessità	15.881,54	8.248,54	6.398,57	3.987,15	212,08	457,57	22
520 C-ARTRODESI VERTEBRAL CERVICALE SENZA CC	8	C	alta complessità	11.636,24	4.003,24	3.055,81	2.326,80	160,86	428,63	9
521 M-ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON CC	20	M		3.230,95	2.948,46	1.718,66	1.568,63	207,08	283,9	17
522 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TER. RIABILIT. NO CC	20	M		2.928,33	2.672,70	2.497,36	2.279,01	96,86	0	19
523 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI NO TER. RIABILIT. NO CC	20	M		1.429,76	1.304,10	1.105,13	1.008,28	206,51	207,07	16

ALLEGATO 3.2

TARIFFE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI IN REGIME DI DAY HOSPITAL
DRG versione 19°
REGIONE EMILIA ROMAGNA ANNO 2008

				<= 3 accessi		>3 accessi	
				Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B	Stabilimenti di fascia A	Stabilimenti di fascia B
drdg	mdc	tipo drg					
001 C-CRANIOTOMIA ETA>17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	1	C	alta complessità	8.945,56	7.002,50	8.945,56	7.002,50
002 C-CRANIOTOMIA ETA>17, PER TRAUMATISMO	1	C	alta complessità	8.107,84	6.783,22	8.107,84	6.783,22
003 C-CRANIOTOMIA ETA<18	1	C	alta complessità	8.382,15	6.418,07	8.382,15	6.418,07
004 C-INTERVENTI SU MIDOLLO SPINALE	1	C	alta complessità	6.114,22	5.115,39	6.114,22	5.115,39
005 C-INTERVENTI SU VASI EXTRACRANICI	1	C	alta complessità	4.480,39	3.358,50	4.480,39	3.358,50
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	1	C	potenzialmente inappropriato	800	650	800	650
007 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. CON CC	1	C	alta complessità	6.827,09	5.711,02	6.827,09	5.711,02
008 C-INTERV. NERVI PERIF. E CRANICI E ALTRI SU S.N. NO CC	1	C	alta complessità	2.620,56	1.721,08	2.620,56	1.721,08
009 M-MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	1	M		124,47	124,47	2.960,80	2.702,35
010 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1	M		124,47	124,47	2.983,50	2.722,87
011 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	1	M		124,47	124,47	1.771,15	1.616,61
012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO	1	M		124,47	124,47	2.211,84	2.078,79
013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	1	M		124,47	124,47	1.856,24	1.693,79
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	1	M		124,47	124,47	2.815,85	2.570,07
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	1	M		124,47	124,47	1.631,84	1.489,15
016 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	1	M		124,47	124,47	2.567,45	2.343,05
017 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE NO CC	1	M		124,47	124,47	1.487,82	1.398,45
018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	1	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	2.276,91	2.077,96
019 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI NO CC	1	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.211,22	1.105,43
020 M-INFEZIONI SISTEMA NERV., ECCETTO MENINGITE VIRALE	1	M		124,47	124,47	4.462,63	4.072,66
021 M-MENINGITE VIRALE	1	M		124,47	124,47	3.229,75	2.947,66
022 M-ENCEFALOPATIA IPERTENSIVA	1	M		124,47	124,47	1.681,65	1.534,53

023 M-STATO STUPOROSO E COMA NON TRAUMATICI	1	M		124,47	124,47	1.899,50	1.733,61
024 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 CON CC	1	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.977,71	1.805,01
025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'>17 NO CC	1	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.083,72	988,96
026 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'<18	1	M		124,47	124,47	2.341,51	2.137,07
027 M-STATO STUPOROSO E COMA TRAUM.COMA >1 ORA	1	M		124,47	124,47	3.183,01	2.904,48
028 M-STATO STUPOR. E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 CON CC	1	M		124,47	124,47	2.827,20	2.580,10
029 M-STATO STUPOR. E COMA TRAUM.<1H, ETA'>17 NO CC	1	M		124,47	124,47	1.362,96	1.243,78
030 M-STATO STUPOR. E COMA TRAUM.<1H, ETA'<18	1	M		124,47	124,47	832,09	759,19
031 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 CON CC	1	M		124,47	124,47	1.716,04	1.566,18
032 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'>17 NO CC	1	M		124,47	124,47	991,93	905,03
033 M-COMMOZIONE CEREBRALE, ETA'<18	1	M		124,47	124,47	555,36	506,66
034 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CON CC	1	M		124,47	124,47	2.649,52	2.418,14
035 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	1	M		124,47	124,47	1.294,42	1.216,79
036 C-INTERVENTI SULLA RETINA	2	C		1.540,01	1.405,51	1.540,01	1.405,51
037 C-INTERVENTI SULL'ORBITA	2	C		1.946,31	1.775,97	1.946,31	1.775,97
038 C-INTERVENTI PRIMARI SULL'IRIDE	2	C		884,72	807,45	884,72	807,45
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	2	C	potenzialmente inappropriato	1.033,00	900	1.033,00	900
040 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'>17	2	C	potenzialmente inappropriato	1.184,29	1.184,29	1.184,29	1.184,29
041 C-INTERV. EXTRAOCULARI, ECCETTO L'ORBITA, ETA'<18	2	C		876,12	799,18	876,12	799,18
042 C-INTERV. INTRAOCULARI, ECCETTO RETINA, IRIDE, CRISTALLINO	2	C	potenzialmente inappropriato	1.439,01	1.312,88	1.439,01	1.312,88
043 M-EMORRAGIA SUB-CONGIUNTIVALE (IFEMA)	2	M		124,47	124,47	896,64	818,14
044 M-INFEZIONI ACUTE MAGGIORI DELL'OCCHIO	2	M		124,47	124,47	1.335,45	1.218,89
045 M-MALATTIE NEUROLOGICHE DELL'OCCHIO	2	M		124,47	124,47	1.386,96	1.265,61
046 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 CON CC	2	M		124,47	124,47	1.671,18	1.525,36
047 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 NO CC	2	M		124,47	124,47	962,62	878,36
048 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'<18	2	M		124,47	124,47	944,73	862,21
049 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	3	C	alta complessità	6.584,09	3.576,79	6.584,09	3.576,79
050 C-SIALOADENECTOMIA	3	C		1.627,98	1.485,55	1.627,98	1.485,55
051 C-INTERV. GHIANDOLE SALIVARI, ECCETTO SIALOADENECTOMIA	3	C		1.549,78	1.414,35	1.549,78	1.414,35
052 C-RIPARAZIONE DI CHEILOSCISI E DI PALATOSCHISI	3	C		1.865,63	1.702,73	1.865,63	1.702,73
053 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'>17	3	C		1.717,96	1.567,59	1.717,96	1.567,59
054 C-INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA'<18	3	C		1.660,23	1.515,23	1.660,23	1.515,23
055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3	C	potenzialmente inappropriato	1.318,57	1.203,25	1.318,57	1.203,25

056 C-RINOPLASTICA	3	C		1.464,22	1.336,24	1.464,22	1.336,24
057 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO SOLO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA>17	3	C		2.099,67	1.916,20	2.099,67	1.916,20
058 C-INT.TONS/ADEN, ECCETTO TONSILLECT. E/O ADENOD. ETA<18	3	C		776,28	708,33	776,28	708,33
059 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA>17	3	C		1.014,48	925,87	1.014,48	925,87
060 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA<18	3	C		630,08	575,04	630,08	575,04
061 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA>17	3	C		2.044,62	1.866,08	2.044,62	1.866,08
062 C-MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, ETA<18	3	C		773,96	706,46	773,96	706,46
063 C-ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3	C		2.475,58	2.259,43	2.475,58	2.259,43
064 M-NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	3	M		124,47	124,47	2.458,20	2.243,28
065 M-ALTERAZIONI DELL' EQUILIBRIO	3	M	potenzialmente inappropriato	110,65	110,65	110,65	110,65
066 M-EPISTASSI	3	M		124,47	124,47	1.131,15	1.032,48
067 M-EPIGLOTTITE	3	M		124,47	124,47	1.875,98	1.711,84
068 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA>17 CON CC	3	M		124,47	124,47	1.671,18	1.524,92
069 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA>17 NO CC	3	M		124,47	124,47	1.157,77	1.056,92
070 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT. ,ETA<18	3	M		124,47	124,47	1.364,26	1.245,05
071 M-LARINGOTRACHEITE	3	M		124,47	124,47	1.706,39	1.557,37
072 M-TRAUMATISMI E DEFORMITA' DEL NASO	3	M		124,47	124,47	1.353,35	1.235,04
073 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA,ETA>17	3	M		124,47	124,47	1.674,90	1.528,40
074 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA,ETA<18	3	M		124,47	124,47	805,9	735,61
075 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	4	C	alta complessità	7.871,99	6.585,88	7.871,99	6.585,88
076 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO CON CC	4	C		5.690,43	5.193,26	5.690,43	5.193,26
077 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRATORIO NO CC	4	C		2.423,21	2.211,55	2.423,21	2.211,55
078 M-EMBOLIA POLMONARE	4	M		124,47	124,47	3.195,33	2.916,18
079 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA>17 CON CC	4	M		124,47	124,47	4.054,82	3.700,78
080 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA>17 NO CC	4	M		124,47	124,47	2.226,93	2.032,65
081 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA<18	4	M		124,47	124,47	2.493,88	2.276,02
082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	4	M		124,47	124,47	2.852,37	2.603,03
083 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE CON CC	4	M		124,47	124,47	2.113,14	1.928,44
084 M-TRAUMI MAGGIORI DEL TORACE NO CC	4	M		124,47	124,47	1.064,97	971,78
085 M-VERSAMENTO PLEURICO CON CC	4	M		124,47	124,47	2.771,76	2.529,47
086 M-VERSAMENTO PLEURICO NO CC	4	M		124,47	124,47	1.554,18	1.418,40
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	4	M		124,47	124,47	3.027,84	2.762,96
088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	4	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	2.121,28	2.031,35

089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 CON CC	4	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	2.791,88	2.547,82
090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'>17 NO CC	4	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.616,07	1.474,70
091 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA'<18	4	M		124,47	124,47	1.750,27	1.596,88
092 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE CON CC	4	M		124,47	124,47	2.773,07	2.530,78
093 M-MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE NO CC	4	M		124,47	124,47	1.788,60	1.632,32
094 M-PNEUMOTORACE CON CC	4	M		124,47	124,47	2.958,18	2.699,73
095 M-PNEUMOTORACE NO CC	4	M		124,47	124,47	1.383,04	1.262,54
096 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'>17 CON CC	4	M		124,47	124,47	2.086,28	1.904,10
097 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'>17 NO CC	4	M		124,47	124,47	1.378,54	1.258,06
098 M-BRONCHITE E ASMA, ETA'<18	4	M		124,47	124,47	1.987,22	1.813,42
099 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI CON CC	4	M		124,47	124,47	1.765,47	1.610,93
100 M-SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI NO CC	4	M		124,47	124,47	1.169,12	1.066,97
101 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO CON CC	4	M		124,47	124,47	2.115,60	1.930,49
102 M-ALTRE DIAGNOSI APPARATO RESPIRATORIO NO CC	4	M		124,47	124,47	1.256,43	1.146,86
103 C-TRAPIANTO CARDIACO		C	alta complessità	0	0	0	0
104 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARD.	5	C	alta complessità	19.395,21	16.225,95	19.395,21	16.225,95
105 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARD.	5	C	alta complessità	14.583,81	12.201,02	14.583,81	12.201,02
106 C-BYPASS CORONARICO CON PTCA	5	C	alta complessità	14.258,68	11.843,46	14.258,68	11.843,46
107 C-BYPASS CORONARICO CON CATETERISMO CARDIACO	5	C	alta complessità	14.258,68	11.843,46	14.258,68	11.843,46
108 C-ALTRI INTERVENTI CARDIOTORACICI	5	C	alta complessità	15.206,57	12.722,03	15.206,57	12.722,03
109 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	5	C	alta complessità	11.801,51	8.863,99	11.801,51	8.863,99
110 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	5	C	alta complessità	10.570,88	8.843,53	10.570,88	8.843,53
111 C-INTERV. MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC	5	C	alta complessità	5.950,43	4.978,01	5.950,43	4.978,01
113 C-AMPUT. PER DISTURBI CIR.ECCEP TO AMP. ARTO SUP. E DITA PIEDE	5	C	alta complessità	8.940,20	6.200,84	8.940,20	6.200,84
114 C-AMPUT. ARTO SUP. E DITA PIEDE, PER MALATTIE APPAR. CIRCOLATOR.	5	C	alta complessità	6.095,43	3.456,95	6.095,43	3.456,95
115 C-PACEMAKER PERMANENTE CON IMA, INSUF. CARDIACA O SHOCK	5	C	alta complessità	10.009,28	7.818,74	10.009,28	7.818,74
116 C-IMPIANTO DI PACEMAKER CARD. PERMANENTE CON ALTRE PATOL.	5	C	alta complessità	6.567,09	5.330,19	6.567,09	5.330,19
117 C-REVISIONE PACEMAKER CARD. ECCEP TO SOSTITUZIONE	5	C		3.027,43	2.763,07	3.027,43	2.763,07
118 C-SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	5	C		3.914,97	3.572,89	3.914,97	3.572,89
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	5	C	potenzialmente inappropriato	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00
120 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	5	C		4.914,18	4.484,60	4.914,18	4.484,60
121 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA CON COMPL. CARDIOVASC. VIVI	5	M	alta complessità	124,47	124,47	4.333,76	3.274,67
122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL. CARDIOVASC. VIVI	5	M	alta complessità	124,47	124,47	3.451,40	2.343,61
123 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA, DECEDUTI	5	M	alta complessità	124,47	124,47	3.422,85	2.863,29

124 M-MALATTIE CARDIOVASC. NO IMA, CON CATERISMO CARD. E DIAG. CC	5	M		3.503,82	3.503,82	3.503,82	3.503,82
125 M-MALATTIE CARDIOVASC. ECCETTO IMA, CON CATETER. CARD. DIAG. NO CC	5	M		2.208,16	2.208,16	2.208,16	2.208,16
126 M-ENDOCARDITE ACUTA E SUBACUTA	5	M	alta complessità	124,47	124,47	7.417,44	5.784,09
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	5	M		124,47	124,47	2.475,84	2.259,72
128 M-TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	5	M		124,47	124,47	1.823,10	1.663,75
129 M-ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	5	M		124,47	124,47	2.857,00	2.607,22
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	2.137,67	1.950,89
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.226,76	1.119,44
132 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC	5	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.782,27	1.675,27
133 M-ATEROSCLEROSI CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	936,54	854,79
134 M-IPERTENSIONE	5	M	potenzialmente inappropriato	138,31	138,31	138,31	138,31
135 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA >17 CON CC	5	M		124,47	124,47	1.997,29	1.822,66
136 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA >17 NO CC	5	M		124,47	124,47	1.219,33	1.112,81
137 M-MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETA <18	5	M		124,47	124,47	1.484,76	1.355,10
138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC	5	M		124,47	124,47	1.896,16	1.782,35
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	5	M		124,47	124,47	1.173,75	1.071,05
140 M-ANGINA PECTORIS	5	M		124,47	124,47	1.440,23	1.314,50
141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC	5	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.642,87	1.499,47
142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC	5	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.021,78	932,5
143 M-DOLORE TORACICO	5	M		124,47	124,47	1.195,76	1.124,15
144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	5	M		124,47	124,47	2.489,88	2.272,58
145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC	5	M		124,47	124,47	1.458,92	1.371,50
146 C-RESEZIONE RETTALE CON CC	6	C	alta complessità	7.904,22	5.666,16	7.904,22	5.666,16
147 C-RESEZIONE RETTALE NO CC	6	C	alta complessità	5.520,82	3.389,66	5.520,82	3.389,66
148 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	6	C	alta complessità	8.314,13	6.995,95	8.314,13	6.995,95
149 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC	6	C	alta complessità	4.860,32	3.335,25	4.860,32	3.335,25
150 C-LISI ADERENZE PERITONEALI CON CC	6	C		6.049,33	5.520,82	6.049,33	5.520,82
151 C-LISI ADERENZE PERITONEALI NO CC	6	C		2.821,04	2.574,91	2.821,04	2.574,91
152 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	6	C	alta complessità	4.710,84	3.842,24	4.710,84	3.842,24
153 C-INTERV. MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE NO CC	6	C	alta complessità	3.303,45	2.258,54	3.303,45	2.258,54
154 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA >17 CON CC	6	C	alta complessità	10.484,97	8.771,94	10.484,97	8.771,94
155 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA >17 NO CC	6	C	alta complessità	4.628,05	3.261,51	4.628,05	3.261,51

156 C-INTERV. SU ESOFAGO, STOMACO, DUODENO, ETA' <18	6	C	alta complessità potenzialmente inappropriato	4.439,21	1.843,70	4.439,21	1.843,70
157 C-INTERV. SU ANO E STOMA CON CC	6	C	potenzialmente inappropriato	2.247,76	2.112,91	2.247,76	2.112,91
158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC	6	C	potenzialmente inappropriato	1.199,26	1.064,87	1.199,26	1.064,87
159 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' >17 CON CC	6	C	potenzialmente inappropriato	2.523,27	2.302,53	2.523,27	2.302,53
160 C-INT. PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' >17 NO CC	6	C	potenzialmente inappropriato	1.486,73	1.357,20	1.486,73	1.357,20
161 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' >17 CON CC	6	C	potenzialmente inappropriato	1.941,50	1.825,58	1.941,50	1.825,58
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' >17 NO CC	6	C	potenzialmente inappropriato	1.172,41	1.069,66	1.172,41	1.069,66
163 C-INTERV. PER ERNIA, ETA' <18	6	C		1.098,57	1.002,27	1.098,57	1.002,27
164 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA CON CC	6	C		5.128,82	4.680,86	5.128,82	4.680,86
165 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. COMPLICATA NO CC	6	C		2.867,58	2.616,99	2.867,58	2.616,99
166 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA CON CC	6	C		3.145,49	2.870,72	3.145,49	2.870,72
167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC	6	C		1.779,26	1.623,53	1.779,26	1.623,53
168 C-INTERVENTI SULLA BOCCA CON CC	3	C		2.444,75	2.231,13	2.444,75	2.231,13
169 C-INTERVENTI SULLA BOCCA NO CC	3	C		1.428,78	1.304,05	1.428,78	1.304,05
170 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	6	C		6.482,95	5.916,42	6.482,95	5.916,42
171 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE NO CC	6	C		2.690,48	2.455,46	2.690,48	2.455,46
172 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE CON CC	6	M		124,47	124,47	2.892,67	2.639,55
173 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE NO CC	6	M		124,47	124,47	1.469,48	1.381,36
174 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE CON CC	6	M		124,47	124,47	2.267,96	2.131,85
175 M-EMORRAGIA GASTROENTERESTINALE NO CC	6	M		124,47	124,47	1.275,21	1.198,35
176 M-ULCERA PEPTICA COMPLICATA	6	M		124,47	124,47	2.300,37	2.099,29
177 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA CON CC	6	M		124,47	124,47	1.836,63	1.675,98
178 M-ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA NO CC	6	M		124,47	124,47	1.324,54	1.208,85
179 M-MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	6	M		124,47	124,47	2.459,04	2.244,12
180 M-OCCLUSIONE GASTROENTERESTINALE CON CC	6	M		124,47	124,47	2.066,13	1.885,63
181 M-OCCLUSIONE GASTROENTERESTINALE NO CC	6	M		124,47	124,47	1.159,52	1.058,23
182 M-ESOFAG., GASTROEN., MISCEL. MALATTIE APP. DIGER., ETA' >17 CON CC	6	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.786,56	1.637,07
183 M-ESOFAG., GASTROEN., MISCEL. MALATTIE APP. DIGER., ETA' >17 NO CC	6	M	potenzialmente inappropriato	127,67	127,67	127,67	127,67
184 M-ESOFAG., GASTROEN., MISCEL. MALATTIE APP. DIGER., ETA' <18	6	M		124,47	124,47	1.276,04	1.164,42
185 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZ. E RIPARAZ., ETA' >17	3	M		124,47	124,47	1.748,78	1.595,98
186 M-MALAT. DENTI E CAVO ORALE ECCETTO ESTRAZ. E RIPARAZ., ETA' <18	3	M		124,47	124,47	966,56	882,29
187 M-ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	3	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	690,38	630,03

188 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 CON CC	6	M		124,47	124,47	2.309,00	2.107,31
189 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA>17 NO CC	6	M		124,47	124,47	1.112,36	1.045,92
190 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA<18	6	M		124,47	124,47	1.513,29	1.381,06
191 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	7	C	alta complessità	11.563,00	9.673,19	11.563,00	9.673,19
192 C-INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT NO CC	7	C	alta complessità	6.909,88	3.693,68	6.909,88	3.693,68
193 C-INT.BIL.ECCECCTO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. CON CC	7	C	alta complessità	8.298,92	6.580,51	8.298,92	6.580,51
194 C-INT.BIL.ECCECCTO COLECIS.ISOL.CON/SENZA ESPL.DOT.BIL. NO CC	7	C	alta complessità	6.200,13	3.538,39	6.200,13	3.538,39
195 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. CON CC	7	C	alta complessità	6.563,50	4.926,99	6.563,50	4.926,99
196 C-COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZ. DEL DOTTO BIL.COM. NO CC	7	C	alta complessità	4.284,37	3.041,21	4.284,37	3.041,21
197 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. CON CC	7	C	alta complessità	4.785,58	3.664,59	4.785,58	3.664,59
198 C-COLECISTECTOMIA ECC.LAPAROSC.SENZA ESPLOR. DOTTO BIL. NO CC	7	C	alta complessità	2.659,49	1.991,81	2.659,49	1.991,81
199 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI PER NEOPLASIE MALIGNI	7	C		5.549,02	5.063,93	5.549,02	5.063,93
200 C-PROCEDURE DIAGNOST. EPATOBILIARI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	7	C		6.457,90	5.893,60	6.457,90	5.893,60
201 C-ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	7	C	alta complessità	8.063,53	5.463,55	8.063,53	5.463,55
202 M-CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	7	M		124,47	124,47	2.893,93	2.640,81
203 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O PANCREAS	7	M		124,47	124,47	2.707,13	2.470,80
204 M-MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI	7	M		124,47	124,47	2.484,65	2.267,63
205 M-MAL.FEGATO ECCETTO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC.CON CC	7	M		124,47	124,47	2.727,28	2.489,27
206 M-MAL.FEGATO ECCETTO NEOPLAS.MAL., CIRROSI,EPATITE ALC. NO CC	7	M		124,47	124,47	1.415,78	1.291,80
207 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	7	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	2.302,03	2.102,71
208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC	7	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.095,62	1.000,21
209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	8	C	alta complessità	8.063,54	7.267,97	8.063,54	7.267,97
210 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA>17 CON CC	8	C	alta complessità	7.312,29	4.212,93	7.312,29	4.212,93
211 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA>17 NO CC	8	C	alta complessità	4.113,02	3.085,73	4.113,02	3.085,73
212 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC.MAGG., ETA<18	8	C	alta complessità	5.281,32	2.398,84	5.281,32	2.398,84
213 C-AMPUTAZ. MALATTIE SIST.MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESS.CONNETTIVO	8	C	alta complessità	5.644,91	4.101,20	5.644,91	4.101,20
216 C-BIOPSIE SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TESSUTO CONNETTIVO	8	C		4.943,74	4.511,72	4.943,74	4.511,72
217 C-SBRIGL.FERITE,TRAP.CUT.ECC.MANO MAL.SIST.MUSCOLO SCH.E T.CON	8	C	alta complessità	8.078,23	6.758,01	8.078,23	6.758,01
218 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA>17 CON CC	8	C		3.570,15	3.257,98	3.570,15	3.257,98
219 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA>17 NO CC	8	C		2.167,35	1.978,04	2.167,35	1.978,04
220 C-INT.ARTO INF.OMERO ECCETTO ANCA,PIEDE,FEMORE ETA<18	8	C		2.270,46	2.072,02	2.270,46	2.072,02
223 C-INTERV. MAG. SPALLA, GOMITO O ALTRI INT. ARTO SUP. CON CC	8	C		2.050,21	1.871,03	2.050,21	1.871,03
224 C-INTERV. SPALLA, GOMITO/AVAMBR. ECCETTO INT.MAG.ART. NO CC	8	C		1.657,40	1.512,59	1.657,40	1.512,59
225 C-INTERVENTI SUL PIEDE	8	C		1.987,16	1.813,36	1.987,16	1.813,36

226 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	8	C		3.332,45	3.041,15	3.332,45	3.041,15
227 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI NO CC	8	C		1.637,71	1.494,47	1.637,71	1.494,47
228 C-INT. MAG.POLLICE O ARTICOLAZIONI O INT. MANO/POLSO CON CC	8	C		1.926,49	1.758,15	1.926,49	1.758,15
229 C-INT. MANO O POLSO. ECCETTO INTERV.MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	8	C		1.340,28	1.223,04	1.340,28	1.223,04
230 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. ANCA E FEM.	8	C		2.221,19	2.027,31	2.221,19	2.027,31
231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ.MEZZI FIS.INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM	8	C		2.672,36	2.438,79	2.672,36	2.438,79
232 C-ARTROSCOPIA	8	C	potenzialmente inappropriato	1.555,99	1.555,99	1.555,99	1.555,99
233 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETT. CON CC	8	C		4.675,59	4.267,10	4.675,59	4.267,10
234 C-ALTRI INT.SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETT. NO CC	8	C		2.167,35	2.076,94	2.167,35	2.076,94
235 M-FRATTURE DEL FEMORE	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
236 M-FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
237 M-DISTORSIONI, STRAMENTI, LUSSAZIONI, ANCA, PELVI, COSCIA	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
238 M-OSTEOMIELITE	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
239 M-FRATTURA PAT.E NEOPLASIE MAL.SIST.MUSCOLO-SCHEL. E TESS.CONN.	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
240 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO NO CC	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
242 M-ARTRITE SETTICA	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	8	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	124,47	124,47
244 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE CON CC	8	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	124,47	124,47
245 M-MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE NO CC	8	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	124,47	124,47
246 M-ARTROPATIE NON SPECIFICHE	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
247 M-SEGNI, SINTOMI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESS.CONNETT.	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
248 M-TENDINITE, MIOGITE E BORSITE	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
249 M-ASS.RIABILITATIVA PER MALAT. SIST.MUSCOLO-SCHELE TESS.CONN	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
250 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 CON CC	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
251 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA>17 NO CC	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
252 M-FRAT. DIST. STIRAM. LUSS.AVAM.MANO, PIEDE ETA<18	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
253 M-FRAT. DIST. STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA>17 CON CC	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
254 M-FRAT. DIST. STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA>17 NO CC	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
255 M-FRAT. DIST. STIR.LUS. BRAC.GAMB.ECCETTO PIEDE ETA<18	8	M		124,47	124,47	124,47	124,47
256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO	8	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	124,47	124,47
257 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	9	C		2.359,88	2.153,63	2.359,88	2.153,63
258 C-MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	9	C		1.845,96	1.769,19	1.845,96	1.769,19
259 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	9	C		2.313,17	2.216,42	2.313,17	2.216,42

260 C-MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI NO CC	9	C		1.492,08	1.429,94	1.492,08	1.429,94
261 C-INT.MAMMELLA, NON NEOPLAS. MAL.ECCETTO BIOPSIA E ESCISS.LOC	9	C		1.790,23	1.715,45	1.790,23	1.715,45
262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI	9	C	potenzialmente inappropriato	1.218,17	1.111,83	1.218,17	1.111,83
263 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. CON CC	9	C		6.030,09	5.503,37	6.030,09	5.503,37
264 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. PER ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	9	C		3.126,09	2.852,90	3.126,09	2.852,90
265 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL. CON CC	9	C		3.441,17	3.140,52	3.441,17	3.140,52
266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	9	C		1.739,01	1.666,60	1.739,01	1.666,60
267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	9	C	potenzialmente inappropriato	1.423,35	1.299,28	1.423,35	1.299,28
268 C-CHIRURGIA PLASTICA PELLE, TESS.SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	9	C		1.784,63	1.628,89	1.784,63	1.628,89
269 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE. MAMMELLA CON CC	9	C	potenzialmente inappropriato	3.301,19	3.013,05	3.301,19	3.013,05
270 C-ALTRI INT.PELLE, SOTTOCUTE. MAMMELLA NO CC	9	C	potenzialmente inappropriato	1.319,69	1.319,69	1.319,69	1.319,69
271 M-ULCERE PELLE	9	M		124,47	124,47	2.771,76	2.529,90
272 M-MALATTIE MAGG. PELLE CON CC	9	M		124,47	124,47	2.426,43	2.214,26
273 M-MALATTIE MAGG. PELLE NO CC	9	M		124,47	124,47	1.524,49	1.391,33
274 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA CON CC	9	M		124,47	124,47	2.679,64	2.519,01
275 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA NO CC	9	M		124,47	124,47	1.379,54	1.259,06
276 M-PATOLOGIE NON MALIGNI MAMMELLA	9	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	572,34	522,34
277 M-CELLULITE, ETA'>17 CON CC	9	M		124,47	124,47	2.092,46	1.909,53
278 M-CELLULITE, ETA'>17 NO CC	9	M		124,47	124,47	1.375,62	1.255,56
279 M-CELLULITE, ETA'<18	9	M		124,47	124,47	1.665,24	1.520,00
280 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'>17 CON CC	9	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.285,28	1.172,82
281 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'>17 NO CC	9	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	820,49	748,77
282 M-TRAUMI PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA, ETA'<18	9	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	820,09	748,49
283 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	9	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.200,56	1.095,74
284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC	9	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	709,85	647,62
285 C-AMPUTAZ.ARTO INF.PER DIST.ENDOCR.NUTR.METAB.	10	C	alta complessità	9.134,41	5.961,61	9.134,41	5.961,61
286 C-INTERVENTI SUL SURRENE E SULLA IPOFISI	10	C	alta complessità	6.640,03	5.186,99	6.640,03	5.186,99
287 C-TRAP. CUTAN. SBRIGL. FER. PER DIST. END. NUTR. METAB	10	C	alta complessità	6.044,85	4.710,40	6.044,85	4.710,40
288 C-INTERVENTI PER OBESITA'	10	C	alta complessità	5.277,39	4.414,61	5.277,39	4.414,61
289 C-INTERVENTI SU PARATIROIDI	10	C		2.530,85	2.309,79	2.530,85	2.309,79
290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE	10	C		1.838,79	1.728,58	1.838,79	1.728,58
291 C-INTERVENTI SUL DOTTO TIREOGLOSSO	10	C		1.162,15	1.060,56	1.162,15	1.060,56

292 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. CON CC	10	C		6.748,32	6.158,51	6.748,32	6.158,51
293 C-ALTRI INT. PER MALATTIE ENDOCR. NUTR.METABOL. NO CC	10	C		2.785,89	2.542,48	2.785,89	2.542,48
294 M-DIABETE, ETA'>35	10	M	potenzialmente inappropriato	132,99	132,99	132,99	132,99
295 M-DIABETE, ETA'<36	10	M		124,47	124,47	1.719,40	1.569,12
296 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA'>17 CON CC	10	M		124,47	124,47	2.179,34	1.988,55
297 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA'>17 NO CC	10	M		124,47	124,47	1.220,64	1.147,54
298 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETA'<18	10	M		124,47	124,47	1.063,71	970,93
299 M-DIFETTI CONGENITI METABOLISMO	10	M		124,47	124,47	1.943,59	1.773,76
300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC	10	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	2.230,96	2.036,20
301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC	10	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	969,13	884,54
302 C-TRAPIANTO RENALE	11	C	alta complessità	0	0	0	0
303 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA PER NEOPLASIA	11	C	alta complessità	6.870,50	5.920,14	6.870,50	5.920,14
304 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA CON CC	11	C	alta complessità	6.250,71	5.221,44	6.250,71	5.221,44
305 C-INT. RENE, URETERE E INT.MAGG. VESCICA NO NEOPLASIA NO CC	11	C	alta complessità	4.594,05	2.501,52	4.594,05	2.501,52
306 C-PROSTATECTOMIA CON CC	11	C		3.146,11	2.871,04	3.146,11	2.871,04
307 C-PROSTATECTOMIA NO CC	11	C		1.716,92	1.567,03	1.716,92	1.567,03
308 C-INTERVENTI MINORI VESCICA CON CC	11	C		3.533,80	3.225,24	3.533,80	3.225,24
309 C-INTERVENTI MINORI VESCICA NO CC	11	C		1.798,77	1.641,93	1.798,77	1.641,93
310 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE CON CC	11	C		2.192,04	2.060,77	2.192,04	2.060,77
311 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE NO CC	11	C		1.284,17	1.207,52	1.284,17	1.207,52
312 C-INTERVENTI URETRA, ETA'>17 CON CC	11	C		1.918,42	1.750,62	1.918,42	1.750,62
313 C-INTERVENTI URETRA, ETA'>17 NO CC	11	C		1.152,12	1.051,58	1.152,12	1.051,58
314 C-INTERVENTI URETRA, ETA'<18	11	C		1.041,77	950,94	1.041,77	950,94
315 C-ALTRI INTERVENTI SU RENE E VIE URINARIE	11	C		4.833,47	4.411,03	4.833,47	4.411,03
316 M-INSUFFICIENZA RENALE	11	M		124,47	124,47	2.871,68	2.620,66
317 M-RICOVERO PER DIALISI RENALE	11	M		124,47	124,47	1.130,03	1.031,38
318 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE CON CC	11	M		124,47	124,47	2.603,68	2.376,22
319 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE NO CC	11	M		124,47	124,47	1.173,92	1.071,34
320 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 CON CC	11	M		124,47	124,47	2.183,67	1.993,09
321 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 NO CC	11	M		110,65	110,65	110,65	110,65
322 M-INFEZIONI RENE, VIE URINARIE, ETA'<18	11	M		124,47	124,47	1.479,51	1.350,29
323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRISSIA CON ULTRASUONI	11	M	potenzialmente inappropriato	vedi delibera	vedi delibera	1.732,70	1.628,78
324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC	11	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	811,37	802,66
325 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 CON CC	11	M	potenzialmente	124,47	124,47	1.537,97	1.403,42

[illegible]

361 C-LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE	13	C		2.318,49	2.115,79	2.318,49	2.115,79
362 C-OCCLUSIONE ENDOSCOPICA DELLE TUBE	13	C		1.200,20	1.095,48	1.200,20	1.095,48
363 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZ. IMPIANTO MAT. RADIOAT. NEOP. MAL.	13	C		1.543,26	1.408,30	1.543,26	1.408,30
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIG.	13	C	potenzialmente inappropriato	1.177,35	1.177,35	1.177,35	1.177,35
365 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	13	C		4.057,49	3.703,06	4.057,49	3.703,06
366 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE CON CC	13	M		124,47	124,47	2.815,42	2.569,63
367 M-NEOPLASIE MALIGNI DELL'APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE NO CC	13	M		124,47	124,47	1.113,25	1.016,32
368 M-INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	13	M		124,47	124,47	1.964,13	1.792,44
369 M-DISTURBI MESTRUALI ET ALTRI DISTURBI DELL'APP. RIPRODUT. FEMM.	13	M		106,39	106,39	106,39	106,39
370 C-TAGLIO CESAREO CON CC	14	C		2.031,48	1.854,26	2.031,48	1.854,26
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	14	C		1.444,52	1.318,32	1.444,52	1.318,32
372 M-PARTO VAGINALE CON CC	14	M		124,47	124,47	1.028,45	938,71
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	14	M		124,47	124,47	736,71	672,31
374 C-PARTO VAG. CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAM.	14	C		1.315,27	1.200,10	1.315,27	1.200,10
375 C-PARTO VAG. CON ALTRO INT. ECCETTO STERIL. E/O DILAT. E RASC.	14	C		1.314,29	1.199,29	1.314,29	1.199,29
376 M-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO NO INT. CHIRURG.	14	M		124,47	124,47	795,14	725,87
377 C-DIAGN. RELATIVE A POSTPARTO, POSTABORTO CON INT. CHIRURG.	14	C		1.992,27	1.818,18	1.992,27	1.818,18
378 M-GRAVIDANZA ECTOPICA	14	M		124,47	124,47	1.713,10	1.563,66
379 M-MINACCIA D'ABORTO	14	M		124,47	124,47	671,85	613,2
380 M-ABORTO, SENZA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	14	M		124,47	124,47	763,57	696,82
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM.	14	C		1.027,01	937,07	1.027,01	937,07
382 M-FALSO TRAVAGLIO	14	M		124,47	124,47	330,78	301,81
383 M-AL TRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	14	M		124,47	124,47	914,17	834,28
384 M-AL TRE DIAGNOSI PREPARTO NO COMPLICAZIONI MEDICHE	14	M		124,47	124,47	625,59	571,03
385 -NEONATI MORTI/TRASFERITI AD ALTRO OSPEDALE	15		alta complessità	3.603,36	2.599,40	3.498,41	2.523,69
386 -NEONATO GRAVEMENTE IMMATURO/SINDR. DA DISTRESS RESPIRATORIO	15		alta complessità	16.652,71	7.751,95	16.167,68	7.526,17
387 -PREMATURITA' CON AFFEZIONI MAGGIORI	15		alta complessità	9.285,98	3.881,81	9.015,52	3.768,75
388 -PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	15		alta complessità	3.434,30	2.458,87	3.334,28	2.387,26
389 -NEONATIA TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	15		alta complessità	3.263,52	2.978,16	3.168,47	2.891,42
390 -NEONATI CON ALTRI AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	15			2.600,69	2.373,70	2.524,95	2.304,57
391 -NEONATO NORMALE	15			516,53	471,35	501,49	457,63
392 C-SPLENECTOMIA, ETA' >17	16	C	alta complessità	8.101,58	6.777,86	8.101,58	6.777,86
393 C-SPLENECTOMIA, ETA' <18	16	C	alta complessità	4.094,18	3.344,17	4.094,18	3.344,17
394 C-ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	16	C		3.789,89	3.458,74	3.789,89	3.458,74
395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' >17	16	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.909,12	1.749,60

396 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA'<18	16	M		124,47	124,47	1.514,55	1.382,32
397 M-DIFETTI DELLA COAGULAZIONE	16	M		124,47	124,47	2.756,93	2.515,93
398 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO CON CC	16	M		124,47	124,47	2.800,14	2.555,22
399 M-DISTURBI SIST. RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO NO CC	16	M		124,47	124,47	1.559,84	1.423,21
400 C-LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI	17	C	alta complessità	8.797,88	5.705,81	8.797,88	5.705,81
401 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. CON CC	17	C	alta complessità	8.468,53	5.090,33	8.468,53	5.090,33
402 C-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INT. CHIRURG. NO CC	17	C	alta complessità	3.557,19	1.849,07	3.557,19	1.849,07
403 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON CC	17	M	alta complessità	124,47	124,47	6.429,71	3.522,07
404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	17	M	alta complessità	124,47	124,47	3.184,84	1.509,51
405 M-LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURG. MAGGIORI, ETA'<18	17	M	alta complessità	124,47	124,47	6.614,83	2.147,15
406 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL.POCO DIF.CON INT.MAGG.CON CC	17	C	alta complessità	9.881,73	5.994,29	9.881,73	5.994,29
407 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL.POCO DIF.CON INT.MAGG. NO CC	17	C	alta complessità	4.754,70	2.599,54	4.754,70	2.599,54
408 C-ALTERAZ.MIELOPROLIFER. O NEOPL. POCO DIF. CON ALTRI INT.	17	C		3.278,29	3.141,16	3.278,29	3.141,16
409 M-RADIOTERAPIA	17	M		310 ad accesso	310 ad accesso	310 ad accesso	310 ad accesso
410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN.SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	17	M		310 ad accesso	310 ad accesso	310 ad accesso	310 ad accesso
411 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	17	M		124,47	124,47	985,76	899,32
412 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	17	M		124,47	124,47	947,85	865,16
413 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. CON CC	17	M		124,47	124,47	3.088,27	2.902,58
414 M-ALTRE ALTERAZ.MIELOPROLIFERAT. E NEOPLAS. POCO DIF. NO CC	17	M		124,47	124,47	1.587,79	1.448,96
415 C-INTERV. CHIRURGICI PER MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	18	C	alta complessità	9.105,32	7.617,38	9.105,32	7.617,38
416 M-SETTICEMIA, ETA'>17	18	M		124,47	124,47	3.525,28	3.217,05
417 M-SETTICEMIA, ETA'<18	18	M		124,47	124,47	1.998,13	1.823,50
418 M-INFIEZIONI POST-OPATORIE E POST-TRAUMATICHE	18	M		124,47	124,47	2.155,13	1.967,07
419 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA'>17 CON CC	18	M		124,47	124,47	2.115,25	1.930,55
420 M-FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA'>17 NO CC	18	M		124,47	124,47	1.507,47	1.375,62
421 M-MALAT. DI ORIGINE VIRALE, ETA'>17	18	M		124,47	124,47	1.532,59	1.398,69
422 M-MALAT. DI ORIG.VIRALE E FEBBRE DI ORIG.SCONOSCIUTA, ETA'<18	18	M		124,47	124,47	1.698,83	1.550,23
423 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	18	M		124,47	124,47	3.557,18	3.246,55
424 C-INT. CHIRURG. DI QUAL.TIPO IN PAZ.CON DIAG.PR.DI MALAT.MENTALE	19	C		5.711,02	5.211,61	5.711,02	5.211,61
425 M-REAZ.ACUTA DA ADATTAMENTO E DISFUNZIONE PSICOSOCIALE	19	M		124,47	124,47	1.568,70	1.431,43
426 M-NEVROSI DEPRESSIVA	19	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	956,3	872,8
427 M-NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVA	19	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	781,17	712,7
428 M-DISTURBI DELLA PERSONALITA' E DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI	19	M		124,47	124,47	1.715,20	1.565,34
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	19	M	potenzialmente inappropriato	124,47	124,47	1.180,82	1.077,75
430 M-PSICOSI	19	M		124,47	124,47	2.012,82	1.836,94

431 M-DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	19	M		124,47	124,47	1.331,52	1.215,24
432 M-ALTRE DIAGNOSI DI DISTURBI MENTALI	19	M		124,47	124,47	1.583,81	1.445,28
433 M-ABUSO/DIPEND.DA ALCOOL/FARMACI DIMESSO CONTRO PARERE SANIT.	20	M		812,85	741,93	789,18	720,33
439 C-TRAPIANTO DI PELLE PER TRAUMATISMO	21	C		2.878,31	2.626,83	2.878,31	2.626,83
440 C-SBRIGLIAMENTO FERITA PER TRAUMATISMO	21	C		4.358,21	3.977,39	4.358,21	3.977,39
441 C-INTERVENTI SULLA MANO PER TRAUMATISMO	21	C		1.737,63	1.585,94	1.737,63	1.585,94
442 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC	21	C	alta complessità	6.506,67	4.138,93	6.506,67	4.138,93
443 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO NO CC	21	C	alta complessità	3.730,37	1.677,30	3.730,37	1.677,30
444 M-TRAUMATISMI, ETA>17 CON CC	21	M		124,47	124,47	1.769,84	1.615,30
445 M-TRAUMATISMI, ETA>17 NO CC	21	M		124,47	124,47	1.076,57	982,71
446 M-TRAUMATISMI, ETA<18	21	M		124,47	124,47	1.084,28	989,41
447 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA>17	21	M		124,47	124,47	1.139,00	1.039,46
448 M-REAZIONI ALLERGICHE, ETA<18	21	M		124,47	124,47	784,56	715,71
449 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA>17 CON CC	21	M		124,47	124,47	1.756,76	1.603,12
450 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA>17 NO CC	21	M		124,47	124,47	1.001,48	914,17
451 M-AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DA FARMACI, ETA<18	21	M		124,47	124,47	1.172,85	1.070,43
452 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO CON CC	21	M		124,47	124,47	1.903,68	1.737,45
453 M-COMPLICAZIONI DI TRATTAMENTO NO CC	21	M		124,47	124,47	966,99	908,76
454 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM.,EFFETTI TOSSICI CON CC	21	M		124,47	124,47	2.054,92	1.875,05
455 M-ALTRE DIAGN. DI TRAUMAT., AVVELENAM.,EFFETTI TOSSICI NO CC	21	M		124,47	124,47	956,52	872,7
461 C-INTERV. CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON S.S.N.	23	C		2090,72	1908,14	2090,72	1908,14
462 M-RIABILITAZIONE	23	M		124,47	124,47	3.964,78	3.618,04
463 M-SEGNI E SINTOMI CON CC	23	M		124,47	124,47	1.620,33	1.523,24
464 M-SEGNI E SINTOMI NO CC	23	M		124,47	124,47	1.017,12	928,12
465 M-ASS.RIABILITAT. CON ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA.SEC	23	M		124,47	124,47	786,23	717,39
466 M-ASS.RIABILITAT. NO ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA.SEC	23	M		124,47	124,47	1.186,28	1.082,60
467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	23	M	potenzialmente inappropriato	106,39	106,39	106,39	106,39
468 C-INTERV. CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO ALLA DIAGN.PRINC.	23	C		7.880,81	7.192,18	7.880,81	7.192,18
469 -DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	0			0	0	0	0
470 -NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	0			0	0	0	0
471 C-INT.MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZ.ARTI INF.	8	C	alta complessità	13.363,75	8.443,46	13.363,75	8.443,46
473 M-LEUCEMIE ACUTE NO INTERVENTI MAGGIORI, ETA>17	17	M	alta complessità	124,47	124,47	17.516,83	6.980,94
475 M-DIAGN. RELATIVA APPARATO RESPIRATORIO CON RESPIRAZ.ASSIST.	4	M	alta complessità	124,47	124,47	8.736,38	7.308,72
476 C-INTERV. CHIRURGICO PROSTATI NON CORRELATO DIAGN. PRINC.		C		5.225,48	4.769,02	5.225,48	4.769,02
477 C-INTERV. CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON DIAG.PRINC.		C		3.403,25	3.106,10	3.403,25	3.106,10

478 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE CON CC	5	C		5.138,22	4.688,92	5.138,22	4.688,92
479 C-ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NO CC	5	C		3.018,85	2.755,26	3.018,85	2.755,26
480 C-TRAPIANTO DI FEGATO		C	alta complessità	0	0	0	0
481 C-TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO		C	alta complessità	39.903,46	39.903,46	39.903,46	39.903,46
482 C-TRACHEOSTOMIA PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO		C	alta complessità	10.266,14	7.544,44	10.266,14	7.544,44
483 C-TRACHEOSTOMIA ECCEPTE PER DIAG. FACCIA, BOCCA E COLLO		C	alta complessità	0	0	0	0
484 C-CRANIOTOMIA PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	24	C	alta complessità	17.014,48	14.234,14	17.014,48	14.234,14
485 C-REIMPIANTO DI ARTI, INTERV. SU ANCA E FEMORE PER TRAUMAT. MULT.	24	C	alta complessità	12.367,62	6.860,64	12.367,62	6.860,64
486 C-ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEV.	24	C	alta complessità	12.489,33	10.448,73	12.489,33	10.448,73
487 M-ALTRI TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	24	M	alta complessità	124,47	124,47	4.914,74	3.943,38
488 C-HIV ASSOCIATO AD INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO	25	C	alta complessità	10.776,75	8.998,81	10.776,75	8.998,81
489 M-HIV ASSOCIATO AD ALTRE PATOLOGIE MAGGIORI CORRELATE	25	M	alta complessità	124,47	124,47	5.907,08	3.891,74
490 M-HIV ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	25	M		124,47	124,47	2.512,77	2.293,23
491 C-INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI SUP.	8	C	alta complessità	4787,82	3396,09	4.787,82	3.396,09
492 M-CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	17	M		310 ad accesso	310 ad accesso	310 ad accesso	310 ad accesso
493 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE CON CC	7	C	alta complessità	4.785,58	3.664,59	4.785,58	3.664,59
494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC	7	C	alta complessità	2.659,49	1.953,87	2.659,49	1.953,87
495 C-TRAPIANTO DI POLMONE		C	alta complessità	0	0	0	0
496 C-ARTRODESI VERTEBRALE APPROCCIO ANTER/POSTER COMBINATO	8	C	alta complessità	6.398,57	3.987,15	6.398,57	3.987,15
497 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTE CERVICALE CON CC	8	C	alta complessità	6.398,57	3.987,15	6.398,57	3.987,15
498 C-ARTRODESI VERTEBRALE ECCEPTE CERVICALE SENZA CC	8	C	alta complessità	3.055,82	2.326,80	3.055,82	2.326,80
499 C-INTERV. DORSO E COLLO ECCEPTE ARTHRODESI VERTEB CON CC	8	C	alta complessità	6.398,57	3.987,15	6.398,57	3.987,15
500 C-INTERV. DORSO E COLLO ECCEPTE ARTHRODESI VERTEB SENZA CC	8	C	alta complessità	3.055,82	2.326,80	3.055,82	2.326,80
501 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE CON CC	8	C		4.102,35	3.743,90	4.102,35	3.743,90
502 C-INTERV. GINOCCHIO CON DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE SENZA CC	8	C		2.091,65	1.908,82	2.091,65	1.908,82
503 C-INTERV. GINOCCHIO SENZA DIAG. PRINCIP. DI INFEZIONE	8	C	potenzialmente inappropriato	2.091,65	1.908,82	2.091,65	1.908,82
504 C-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO CON INNESTO DI CUTE	22	C	alta complessità	30.233,06	25.292,98	30.233,06	25.292,98
505 M-USTIONI ESTESE DI TERZO GRADO SENZA INNESTO DI CUTE	22	M	alta complessità	124,47	124,47	4.893,74	4.094,07
506 C-UST. EST. TUTTO SPES. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. SI CC/TRAUMA	22	C	alta complessità	16.656,67	13.934,97	16.656,67	13.934,97
507 C-UST. EST. TUTTO SPES. INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TRAUMA	22	C	alta complessità	6.625,38	5.542,79	6.625,38	5.542,79
508 M-UST. EST. TUTTO SPES. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. CC/TRAUMA	22	M	alta complessità	124,47	124,47	2.436,79	2.038,42
509 M-UST. EST. TUTTO SPES. NO INNESTO CUTE/LESIONE INALAZ. NO CC/TR.	22	M	alta complessità	124,47	124,47	2.436,79	2.038,42
510 M-USTIONI NON ESTESE CON CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	22	M	alta complessità	124,47	124,47	2.436,79	2.038,42
511 M-USTIONI NON ESTESE SENZA CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	22	M	alta complessità	124,47	124,47	2.436,79	2.038,42
512 C-TRAPIANTO SIMULTANEO DI PANCREAS/RENE		C	alta complessità	0	0	0	0

513 C-TRAPIANTO DI PANCREAS		C	alta complessità	0	0	0	0
514 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARD CON CATERETERISMO CARDIACO	5	C	alta complessità	19.395,21	16.225,95	19.395,21	16.225,95
515 C-IMPIANTO DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATERETERISMO CARD.	5	C	alta complessità	14.583,81	12.201,02	14.583,81	12.201,02
516 C-INTERVENTI SISTEMA CARDIOVASCOLARE VIA PERCUTANEA CON IMA	5	C	alta complessità	7.422,31	5.946,65	7.422,31	5.946,65
517 C-INT.SIST.CARDIOV.VIA PERCUT.CON INS.STENT ARTER.CORON.NO IMA	5	C	alta complessità	5.946,65	4.757,32	5.946,65	4.757,32
518 C-INT.SIST.CARDIOV.VIA PERCUT.NO INS.STENT ARTER.CORON.NO IMA	5	C	alta complessità	4.757,32	3.805,86	4.757,32	3.805,86
519 C-ARTRODESI VERTEBRALI CERVICALE CON CC	8	C	alta complessità	6.398,57	3.987,15	6.398,57	3.987,15
520 C-ARTRODESI VERTEBRALI CERVICALE SENZA CC	8	C	alta complessità	3.055,82	2.326,80	3.055,82	2.326,80
521 M-ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON CC	20	M		1.718,66	1.568,63	1.668,61	1.522,95
522 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI CON TER.RIABILITAT.NO CC	20	M		2.497,36	2.279,00	2.424,63	2.212,63
523 M-ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI NO TER.RIABILIT.NO CC	20	M		1.105,12	1.008,28	1.072,94	978,92

Allegato n. 4**TARIFFE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA****REGIONE EMILIA-ROMAGNA - ANNO 2008**

MDC	SED/LIVELLO CODICE DISCIPLINA	TARIFFA giornaliera	Valore soglia in giorni di degenza per l'abbattimento	TARIFFA giornaliera abbattuta	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 - AOSP RE)	406,28			140,02	298,23
E DRG 483	AS III -75 HS	338,64			115,13	247,2
	AS III-28	369,07			124,91	266,87
	RI II-56 *	293,53	60	176,11	124,91	187,37
	RI II-56 **	308,35	60	176,11	124,91	187,37
	LPA/RE I-60 *	146,02	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	163,77	60	120	0	0
4	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28			0	0
	AS III -75 HS	338,64			0	0
	AS III-28	206,41			0	0
	RI II-56 *	202,30	21	121,38	124,91	141,95
	RI II-56 **	218,96	21	128,8	124,91	141,95
	LPA/RE I-60 *	146,02	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	163,77	60	120	0	0
5	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28			0	0
	AS III -75 HS	338,64			0	0
	AS III-28	223,61			0	0
	RI II-56 *	219,14	15	131,48	124,91	147,63
	RI II-56 **	239,53	15	139,53	124,91	147,63
	LPA/RE I-60 *	146,02	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	163,77	60	120	0	0
8	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28	40	243,77	140,02	166,48
	AS III -75 HS	338,64	40	203,18	133,53	159,77
	AS III-28	231,57	40	138,94	124,91	158,99
	RI II-56 *	226,94	40	136,16	124,91	158,99
	RI II-56 **	246,85	40	144,5	124,91	158,99
	LPA/RE I-60 *	146,02	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	163,77	60	120	0	0
Altre MDC	AS III -75 H (AOSP FE - AOSP RE)	406,28	30	243,77	140,02	140,02
	AS III -75 HS	338,64	30	203,18	134,14	134,14
	AS III-28	172,02	30	120	124,91	124,91
	RI II-56 *	172,02	30	120	124,91	124,91
	RI II-56 **	184,27	30	120	124,91	124,91
	LPA/RE I-60 *	146,02	60	120	0	0
	LPA/RE I-60 **	163,77	60	120	0	0

* tariffa giornaliera per i casi che nel medesimo episodio di ricovero hanno anche la fase acuta remunerata a DRG

** tariffa giornaliera per i casi il cui ricovero avvenga tutto in reparto 60 o in reparto

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

<i>Protesi</i>	<i>Diagnosi (ICD9CM20 02) in qualsiasi posizione nella SDO venga codificato</i>	<i>Interventi (ICD9CM2002) in qualsiasi posizione nella SDO venga codificato</i>	<i>Importo previsto a parziale copertura costo protesi</i>	<i>Centri che possono beneficiare dell'importo aggiuntivo</i>
Sostituzione totale o sostituzione parziale della spalla		81.80 o 81.81	2.000,00	Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 36 'ortopedia'
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo	754.2 o da (737.30 a 737.43)	'da 81.04 a 81.08'	2.324,06	Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 36 'ortopedia'
Artrodesi vertebrale con innesto osseo	754.2 o da (737.30 a 737.43)	'da 81.04 a 81.08' + 78.09	2.685,58	Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 36 'ortopedia'
Artrodesi vertebrale senza innesto osseo		'da 81.01 a 81.03'	774,69	Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 30 'neurochirurgia'
Artrodesi vertebrale con innesto osseo		'da 81.01 a 81.03' + 78.09	1.187,85	Solo per le strutture pubbliche e private accreditate con disciplina 30 'neurochirurgia'
Protesi sfinteriche urinarie		58.93	4.131,65	
Protesi endoaortiche	441.xx solo se codificato in diagnosi principale	39.71 o 39.79	5.000,00	
Stimolatore cerebrale	332.0 o 333.6 o 333.8	02.93	16.010,16	Azienda Ospedaliera di Ferrara, Osp. Bellaria di Bologna, Ospedale di Baggiovara
Neurostimolatore spinale (compreso elettrostimolatore neuro urologico)		03.93	2905,00	Ospedali pubblici con disciplina 49 Terapia Intensiva
Pompa per infusione intratecale		86.06	1.807,60	Ospedali pubblici con disciplina 49 Terapia Intensiva
Protesi metacarpale o metacarpofalangea		81.71 o 81.74(il	1.804,00 per ogni protesi	Azienda Ospedaliera di Modena
Protesi biliari		51.87	413,16	
Protesi mammarie e inserzione di espansore		85.95 o 85.53 o 85.54	878,00 euro per 85.95 o 85.53 ;	

			1.317,00 euro per 85.54	
Neurostimolatore vagale	345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione siano codificate	04.92 associato ai DRG 7 e 8	15.000	AOSP di Bologna e Ospedale Bellaria di Bologna
Protesi cocleare		20.96 o 20.97 o 20.98	21.474,27	AOSP di Parma, AOSP di Ferrara, AOSP di Reggio Emilia, AOSP di Modena, Ospedale Maggiore di Bologna, Presidio Ospedaliero Modena AUSL, Ospedale di Piacenza, Ospedale di Rimini, CDC Piacenza

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

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 novembre 2008, n. 1864

Delega della Giunta regionale all'Assessore alle Politiche per la salute per la firma dell'accordo – contratto riguardante regolamentazione rapporti tra la R.E.R. e gli Ospedali privati accreditati (Fascia A) per fornitura prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2007, 2008, 2009, 2010

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamate le proprie deliberazioni:

- 2404/04 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 2004-2006;
- 1654/07 con la quale veniva approvato l'Accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni della ospedalità privata in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture private accreditate, 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 il suddetto accordo specifico, di regolamentazione dell'erogazione dell'attività di alta specialità è andato a naturale scadenza il 31/12/2006, per cui si ritiene necessario addivenire ad un nuovo accordo che regolamenti la fornitura delle prestazioni in oggetto che, per gli anni 2007, 2008 e 2009 contiene sia le indicazioni regolamentari specifiche sia i contenuti economici, mentre per l'anno 2010 resta valido nelle sue parti regolamentari e va negoziato il valore economico dell'accordo medesimo;

considerato che nel tempo intercorso fra la scadenza dell'accordo di cui alla deliberazione 2404/04 e quello di cui al presente atto vi è stato un lungo negoziato che trova la sintesi nell'allegato accordo con l'introduzione di alcune novità di meccanismi di funzionamento già precedentemente presenti:

- 1) la classificazione dei gruppi di cui al punto 1, in ordine crescente di rilevanza;
- 2) la nuova valutazione dei fabbisogni effettuata dall'apposita Commissione cardiocirurgica come punto di riferimento del livello produttivo necessario per gli anni 2007, 2008, 2009 e 2010 salvo l'emergere di nuove indicazioni scientifiche;
- 3) l'utilizzo delle tariffe pubbliche a partire dall'anno 2008 e per i gruppi 1 e 1bis e non più di tariffe specifiche;
- 4) la valorizzazione dell'attività a favore di pazienti provenienti da altre regioni, a partire dall'1/7/2008, con le tariffe in vigore per la mobilità sanitaria interregionale;

- 5) l'impegno a riconoscere agli ospedali privati gli interventi effettuati oltre la metà del fabbisogno di cui al precedente punto 2, comunque entro il tetto complessivo del fabbisogno regionale a fronte di una produzione del comparto pubblico che non raggiunga i limiti fissati dalla programmazione;
- 6) 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 classificati nell'accordo allegato al presente atto;
- 7) la definizione del meccanismo di trasversabilità di eventuali non utilizzi di sub budget, differenziati a seconda dell'ordine di importanza dei sub budget medesimi;
- 8) l'inserimento nel presente accordo della Gamma Knife precedentemente oggetto di accordo specifico;

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, ai sensi dell'art. 37, quarto comma della L.R. 43/01 e successive modificazioni e della propria deliberazione 450/07, del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale alla Sanità e Politiche sociali, dott. Leonida Grisendi;

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 2007, 2008 e 2009, per quanto concerne la parte regolamentare e economica e 2010 per la sola parte regolamentare;

2) di dare mandato all'Assessore regionale alla Sanità alla sottoscrizione dell'accordo con i rappresentanti legali degli Ospedali Privati Accreditati 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 Emilia-Romagna per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata – triennio 2007-2009”.

(segue allegato fotografato)

ACCORDO - CONTRATTO

Regolamentazione dei rapporti tra Regione Emilia-Romagna / Ospedali Privati Accreditati (fascia A) per la fornitura di prestazioni ospedaliere di alta specialità anni 2007, 2008, 2009, 2010

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 Hospital di Cotignola (RA), Salus Hospital di Reggio Emilia e Villa Torri di Bologna, rappresentate dall'Aiop Regionale nella persona del Rag. Lorenzo Orta, e dai legali rappresentanti pro-tempore delle singole strutture, di seguito chiamate anche solo "parti".

PREMESSE

- A) Tra le parti si sono resi vigenti accordi a partire dal triennio 1998/2000 aventi ad oggetto le prestazioni erogabili dagli Ospedali Privati Accreditati di alta specialità operanti in regione, in ottemperanza a quanto previsto dall'art.8-quinquies del Dlgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni; in particolare a partire dal 2004 la disciplina contrattuale di settore è stata fortemente innovata mediante l'adesione delle strutture private ospedaliere di alta specialità all'Accordo Generale 2004/06 con l'Ospedalità Privata (DGR n. 2403 del 29/11/2004) e la conclusione di un accordo – contratto con la Regione sostitutivo dei precedenti e riassuntivo del quadro regolamentare applicabile.
- B) La presente intesa, che consegue al rinnovo dell'Accordo Generale con l'Ospedalità Privata 2007/09, accoglie i risultati dei lavori della Commissione mista prevista dagli accordi precedenti e proroga la disciplina contrattuale vigente nel precedente accordo di settore (DGR n. 2404 del 29/11/2004) apportando le modifiche ritenute opportune dalle parti per adeguare la regolamentazione regionale di tale settore di attività all'evoluzione del fabbisogno registrata nel triennio appena trascorso .
- C) Al presente accordo di alta specialità si applica pertanto quanto specificato nella Parte I dell'Accordo Generale Regione Emilia-Romagna e Aiop 2007-2009, in quanto parte comune di regolamentazione dei rapporti fra Regione Emilia-Romagna e Ospedali Privati Accreditati, fatto salvo quanto previsto nel Accordo di settore per l'Alta Specialità, come qui integrato e modificato.

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 del 1.3.2000; in

particolare trattandosi di funzioni a valenza regionale la presente intesa si qualifica come accordo-contratto per le prestazioni di alta specialità valevole per tutti i produttori privati classificati come Ospedali di fascia A accreditati della regione e per la committenza di prestazioni rivolte a tutti i residenti della stessa;

- che la presente intesa è valevole fino al 31/12/2010 per la parte normativa, fatto salvo quanto comune con la parte A dell'Accordo Regionale e suoi eventuali rinnovi, ed al 31/12/2009 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. Gli accordi locali devono esplicitare le ricadute sui meccanismi ed i budget di cui al presente accordo al fine che venga garantito che eventuali effetti di incremento di spesa non interessino soggetti pubblici diversi da quelli firmatari degli accordi medesimi.

Nell'articolato che segue il riferimento tra parentesi indica, salvo diversa specificazione, il numero del paragrafo del precedente accordo (DGR n. 2404/2004) al quale le parti ritengono apportare modifiche o integrazioni, salvo il resto.

1) VALUTAZIONE DEI FABBISOGNI (ex art.2)

La Commissione Cardiologia e Cardiochirurgia Regionale ha proceduto anche per l'anno 2007 alla ridefinizione dei fabbisogni in funzione dell'andamento della domanda di prestazioni da parte dei residenti in Emilia – Romagna, tenendo conto della dinamica della mobilità passiva.

La verifica dell'attività eseguita nel passato triennio ha permesso di osservare che i mutati approcci di trattamento della sindrome coronarica acuta, pur determinando il previsto incremento di utilizzo dell'angioplastica coronarica e la correlata riduzione degli interventi di by-pass aorto-coronarico, non hanno compensato se non in parte la crescita di domanda per gli altri sotto settori.

In particolare la Commissione ha stimato una crescita del 7,4% degli interventi cardiocirurgici (in particolare sulle valvole cardiache ed all'aorta toracica) non compensati da un calo, pur previsto, degli interventi di bypass ed un andamento leggermente incrementale dell'attività cardiologica invasiva (+ 2,38%), con punte in relazione all'impianto di defibrillatori ed alle ablazioni, in parte compensate da un calo delle coronarografie diagnostiche .

Sulla base di tali considerazioni e tenuto conto dell'andamento della produzione 2006, anno nel corso del quale il budget ha garantito pienamente la copertura del fabbisogno senza registrare nel complesso fenomeni di iper

produzione, appare ragionevole confermare il numero di prestazioni commissionate nel precedente accordo triennale apportando le modifiche che seguono al sistema tariffario, e pertanto, conseguentemente, al volume finanziario di spesa prevista.

2) ACCREDITAMENTO - FASCIA (ex art. 3)

Gli Ospedali Privati di alta specialità della Regione Emilia-Romagna, già accreditati sulla base del protocollo di accreditamento volontario (protocollo d'intesa del 16.7.1996 recepito con DGR n. 2001/96), sono funzionali, stante la loro attività, alla copertura del fabbisogno di cui al punto precedente e pertanto alla programmazione regionale. A partire dal 2004, hanno partecipato per una porzione della loro attività al percorso di accreditamento istituzionale, così come previsto dal d.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, sulla base delle indicazioni regionali contenute nella L.R.34/98, nella D.G.R. 23 febbraio 2004, n.327 e nella Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali del 26 luglio 2004, n.10256.

Gli Ospedali Privati Accreditati di Alta Specialità della Regione Emilia-Romagna che hanno ottenuto o sono in procinto di ottenere l'Accreditamento definitivo per la cardiocirurgia e/o per la Cardiologia sono parte integrante della rete integrata di servizi – Hub & Spoke Cardiologica e Cardiocirurgica della programmazione regionale.

In relazione all'operatività dell'istituto dell'accREDITamento definitivo si applica quanto previsto al punto A.7. dell'Accordo Generale 2007/2009.

Gli Ospedali Privati di alta specialità sono equiparati agli stabilimenti ospedalieri di fascia A ed alle restanti prestazioni, non oggetto di committenza regionale in forza del presente contratto e non rientranti nella parte seconda dell'accordo regionale generale, si applica la tariffa pubblica prevista per gli ospedali di fascia A.

3) FORNITURA PRESTAZIONI TRIENNIO 2007/2009 E TARIFFE (ex art. 4)

Si conferma quanto concordato nel precedente accordo – contratto con le seguenti modifiche ed integrazioni.

I budget relativi ai gruppi di prestazioni da 1 a 4.3, sono adeguati del 4% per l'anno 2007 rispetto ai valori concordati per il 2005, del 3% per l'anno 2008 rispetto all'anno che precede e del 3% per l'anno 2009 sul 2008.

A decorrere dall'anno 2008 si applicano alle prestazioni previste dal presente contratto le tariffe pubbliche vigenti anno per anno.

Alla produzione dell'anno 2007 si applicano le tariffe previste dall'Accordo di cui alla DGR 2404/2004. In considerazione dei tempi di conclusione del presente accordo e dell'esame effettuato congiuntamente rispetto ai volumi erogati, tenuto conto della dimensione del recupero di mobilità passiva, si concorda di riconoscere interamente l'effettiva attività prestata senza

penalizzazioni.

E' avviso comune delle parti che nell'anno 2008, si proceda ad una revisione della tariffa per i DRG 124, 125. Tale revisione dovrà comportare l'indicazione di un corrispettivo per ogni singola prestazione che, partendo dalla tariffa riconosciuta per il regime ordinario, fissi un corrispettivo unico sia per le modalità di ricovero ordinario che di day-hospital, conseguente alla dimensione ponderata dei due tipi di ricovero nel sistema pubblico - privato regionale. Le parti concordano sull'ipotesi di una riduzione percentuale del corrispettivo previsto per il ricovero ordinario coerente con la media ponderata riscontrata nell'analisi della produzione effettiva odierna pubblico - privata partecipante all'accordo nel primo semestre 2008.

Tale indicazione concordata tiene conto del seguente parametro esemplificativo:

si assume una attività svolta in day-hospital pari al 30% dei casi ascrivibili al DRG x; fatto 100 il numero totale dei casi rilevati nel periodo base per il DRG x e 1.000 e 800 € l'ipotetica tariffa per il ric. Ord. ed il DH, si opererà con il seguente calcolo: tariffa DRG x = $((1000 \times 70) + (800 \times 30)) / 100 = 940$

In considerazione dell'alto costo di alcuni dispositivi per l'assistenza ventricolare (VAD, ECMO), per il rimodellamento ventricolare individuati dai codici procedura 3762, 3763, 3765, 3766, 3965 e 3735, nonché della plastica aortica per via femorale percutanea e transapicale – cod. 3569 con cod. 3966 - viene concordato che nell'anno 2009 venga effettuata congiuntamente una analisi di impatto dei costi di tale casistica al fine di valutarne la congruità tariffaria.

Rimangono invariati i riferimenti numerici non direttamente attinenti alla materia tariffaria e budgetaria, e il tetto complessivo di prestazioni per il gr. 1 fissato in 4.200 interventi (comparto pubblico più comparto privato). Tale tetto rimane invariato fatto salvo che la Commissione Cardiologica e Cardiochirurgica non fissi un tetto di prestazioni diverso in relazione alle mutate condizioni del fabbisogno regionale, e dei cambiamenti tecnologici e di metodiche di trattamento della casistica.

I DRG 516,517,518 (ex 112 delle versione 14° del grouper) possono essere conteggiati, a parziale modifica di quanto previsto al punto 4.2 della Accordo di settore, nel gruppo 1 con il limite massimo di 300 casi e di 75 casi per struttura.

Quanto alle regole di **funzionamento dei budget** si precisa quanto segue.

I sub-budget 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 2005/2006 delle strutture 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 dall'1 all' 1 bis , con un limite massimo del 20%, e dall' 1 agli altri sub-budget con un limite non superiore al 5%. Restano invariate le modalità di travaso per i sub-budget dall'1 bis al 4.3. Tali travasi avverranno con ricadute individuali sui budget proporzionali ai budget di provenienza.

In relazione alle prestazioni rese in mobilità extra regionale, a partire dal 1° luglio 2008 e poi di anno in anno, si concorda che la valorizzazione dell'attività prestata corrisponda ad un massimo pari a quanto risulta dalla applicazione della tariffa di scambio, vigente anno per anno, per la procedura di compensazione per l'attività ospedaliera, alle prestazioni di cui trattasi. Le strutture aderenti all'accordo fattureranno pertanto le prestazioni alla AUSL di competenza territoriale ai sensi dell'art. A.3.1. dell'Accordo Generale (DGR n. 1654/2007) applicando in acconto la Tariffa Unica Concordata (T.U.C.) al momento vigente. In sede di consolidamento del consuntivo interregionale relativo alla compensazione delle prestazioni rese in mobilità si procederà all'eventuale saldo sulla base delle tariffe riconosciute tra le Regioni.

Considerato che esistono degli accordi tra regione Emilia-Romagna e regioni limitrofe mediante i quali si favorisce il contenimento della reciproca mobilità passiva, la parte pubblica regionale prende atto dell'opportunità di concludere o rinnovare annualmente tali intese salvaguardando ove possibile il riconoscimento privilegiato della mobilità attiva di alta complessità.

4) Accordo Villa Maria Cecilia Hospital-Azienda USL di Ravenna per attività di chirurgia toracica

A parziale modifica di quanto previsto nel paragrafo precedente, si prende atto dell'accordo intervenuto in sede locale, fra l'Ospedale Villa Maria Cecilia Hospital e l'AUSL di Ravenna, che avvia una collaborazione per il trattamento chirurgico elettivo delle patologie del torace presso Villa Maria Cecilia Hospital.

Tale accordo prevede la riconversione di una parte di budget del gruppo 4.3 neurochirurgia fino a un massimo di € 700.000,00 e di € 250.000,00 di casistica medica afferente ai gruppi 2 e 3 per cittadini dell'AUSL di Ravenna. Tale budget comprende sia l'attività di ricovero oggetto dell'intesa locale, identificata indicativamente dagli specifici DRG elencati nell'accordo, che la correlata attività ambulatoriale.

In forza di quanto sopra si concorda di recepire nel presente accordo le indicazioni dell'intesa locale e di considerare parte integrante dei budget un volume di prestazioni non superiore ad € 700.000 per il gruppo 4.3 ed €

250.000 per i gruppi 2 e 3 con la gradualità e nei tempi previsti da detta intesa locale.

Tale budget specifico non può subire variazioni in applicazione delle regole di trasvasabilità.

Poiché l'intesa locale, che comunque resta in vigore nel reciproco rapporto tra i contraenti interessati, è posta a copertura dell'attività intra aziendale, si conviene che l'attività residua intra aziendale, rispetto alle indicazioni di cui sopra, pari ad € 250.000, sia posta a carico dell'O.P.A. S.P. Damiano (SPD) nel monitoraggio di budget 1 ai sensi dell'Accordo Regionale per la non alta specialità. Quanto all'attività extra aziendale, estesa anche ai DRG propri della chirurgia oncologica e funzionale dell'esofago e della giunzione cardiaca riconducibili indicativamente ma non esaustivamente alle procedure indicate dai drg 154-155, si conviene che la stessa, con un massimale di 250.000 euro, venga ugualmente posta a carico della medesima struttura (SPD) ai fini del monitoraggio di budget 2 con tariffe di fascia B.

Per quanto sopra si provvederà ad effettuare un monitoraggio separato di tali attività e ad ascriverle alle due strutture nei separati ambiti budgetari.

5) GAMMA KNIFE (articolo aggiuntivo)

Le parti prendono atto dell'opportunità di pervenire ad una stabilizzazione dell'accordo speciale intercorrente tra l'Ospedale Privato accreditato Villa Maria Cecilia Hospital in tema di prestazioni di neuroradiocirurgia mediante apparecchiatura leksell gamma knife (accordo precedentemente stipulato tra la Regione Emilia Romagna e la struttura prima con DGR n. 2682/2002 e poi con DGR n. 359/2005, quale Accordo Speciale ai sensi dell'art. A.8. dell'Accordo Generale in materia di ospedalità privata accreditata recepito con DGR n. 2403/2004) e di procedere in tal senso inserendo i contenuti dell'intesa corrente tra Regione e struttura nel presente accordo triennale.

L'Ospedale Privato accreditato Villa Maria Cecilia Hospital, eroga prestazioni di neuroradiocirurgia mediante la citata apparecchiatura nell'ambito dell'accreditamento della disciplina di Neurochirurgia.

Le modalità di invio e selezione dei pazienti sono regolamentate dall'allegato protocollo tecnico, già in vigore con le precedenti DGR n. 2682/2002 e 359/2005 e che si allega anche al presente accordo.

Il trattamento con Gamma Knife, che si attua in regime di ricovero, comprensivo della prima risonanza magnetica di controllo con "indicator box" post dimissione (per la misura dei volumi delle lesioni operate), indipendentemente dal DRG che si genera, a fronte della presenza dei codici 92.32 "Radiocirurgia fotonica multisorgente" e 93.59 "Altra immobilizzazione, pressione" nella scheda nosologica di dimissione, verrà fatturato da VMCH all'A.U.S.L. di appartenenza del paziente alla tariffa di € 7.500,00, così come previsto dalla DGR 1121/2006.

I corrispettivi derivanti da tale attività non sono compresi nei budget definiti dal presente accordo, in particolare sub budget 4.3.

5) CONTROLLI E TEMPISTICA DEI CONTROLLI (ex art. 11)

Ad integrazione e specificazione di quanto già previsto dall'Accordo Regionale tra la Regione Emilia-Romagna e l'Aiop al Punto A.4.2), A.4.3) e A.4.4), si specifica che i controlli messi in atto dalle Aziende Sanitarie, qualora queste li ritenessero opportuni relativamente alle prestazioni di alta specialità di cardiocirurgia e di cardiologia interventiva (ad es.: coronarografia, PTCA, PTA carotidee e periferiche, SEF, impianto P.M., AICD, chiusura percutanea DIA, DIV ed ecc...), verteranno sulla completezza della documentazione clinica e sulla congruità in termini di corrispondenza tra cartella clinica-SDO, ma non sull'appropriatezza generica e specifica.

I controlli relativamente a tali aspetti rientrano nell'attività di Audit Clinico svolta dall'Agenzia Sanitaria Regionale.

L'esito dei controlli effettuati dalle Aziende, oltre ad essere inoltrato alle strutture ospedaliere controllate, è validato dalla Regione.

L'Agenzia regionale può, in base alle indicazioni e agli obiettivi di appropriatezza emerse nell'ambito della commissione cardiologica e cardiocirurgia, delegare le AUSL ai controlli in materia di appropriatezza salvo poi validarne i risultati.

Allegati:

1. tabella con la definizione dei budget 2008 e 2009
2. schema di funzionamento dei limiti di budget nei gruppi da 1bis a 4.3
3. Gamma Knife : Protocollo operativo per l'accesso, la dimissione e il follow-up del paziente.

Nota a verbale n.1 :

1) l'Ospedale Privato Accreditato Villa Torri appone il proprio consenso esprimendo una formale riserva in ordine alle difficoltà che le derivano dalle previste riduzioni tariffarie sul comparto extra regionale, combinate con la persistenza di limiti storici sulla mobilità extra regionale derivanti dagli accordi in essere tra la Regione Emilia – Romagna il Veneto e le Marche. A rafforzamento di quanto convenuto nell'ultimo capoverso dell'art. 3 l'O.P.A. Villa Torri formula il proprio pressante invito ed auspica che l'Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute possa riconsiderare tali intese espungendo l'attività di alta complessità dalle reciproche limitazioni interregionali, o che quantomeno ne voglia contenere le ricadute in capo alla propria struttura, onde permetterle di poter soddisfare maggiormente le richieste di prestazioni provenienti da Regioni tradizionalmente orientate verso le strutture della provincia di Bologna, e comunque rappresentative, dato l'attuale suddivisione dei volumi produttivi tra i partecipanti al presente accordo, di componenti di attività essenziali per il mantenimento del proprio equilibrio economico.

Bologna,

L'ASSESSORE ALLA SANITA'
Arch. Giovanni Bissoni

L'AIOP REGIONALE
Rag. Lorenzo Orta

e per gli Ospedali Privati Accreditati:

Hesperia Hospital

Salus

Villa Maria Cecilia

Villa Torri

allegato 1**Budget anni 2008 e 2009**

Gruppo 1	2008	2009
Gruppo 1: n. max casi pubblico e privato	4.200	4.200
n. PTCA trasportabile nel gruppo 1	300	300
Valore max gruppo 1	41.693.358	42.944.159
Gruppo 1 bis	8.801.536	9.065.582
Gruppi 2 e 3	2.463.717	2.537.629
GRUPPO 4.1	1.922.958	1.980.647
DRG 119 GR. 4.2	300.459	309.473
Neuroch. GR.4.3	1.235.591	1.272.658
Totale gr da 1bis a 4.3	14.724.261	15.165.989
Totale Budget alta specialità	56.417.619	58.110.147

CALCOLO MEDIE 2005-2006

06-nov-08

06-nov-08

ANNO 2007 GRUPPI	BUDGET ANNO 2007	VILLA MARIA CECILIA		SALUS - RE		HESPERIA HOSPITAL		VILLA TORRI		TOTALE ANNO 2007
		%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2007	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2007	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2007	%	LIMITE INDIVIDUALE ANNO 2007	
GRUPPO 1 BIS	8.586.263	45,53	3.908.934,95	8,23	706.286,77	35,39	3.038.578,34	10,86	932.463,34	8.586.263,40
GRUPPO 2-3	2.403.458	39,77	955.804,86	4,92	118.364,08	34,01	817.514,35	21,29	511.774,91	2.403.458,20
GRUPPO 4.1	1.875.925	66,47	1.246.937,21	0,46	8.690,13	6,19	116.033,21	26,88	504.264,93	1.875.925,48
GRUPPO 4.2	293.110	0,49	1.429,81	4,39	12.868,30	75,61	221.619,68	19,51	57.192,17	293.109,96
GRUPPO 4.3	1.205.370	100,00	1.205.369,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.205.369,88
TOTALE	14.364.127		7.318.476,71		846.209,28		4.193.745,57		2.005.695,36	14.364.126,92

Segue allegato 2

Criteri di abbattimento:

- gli abbattimenti saranno applicabili solo in caso di superamento dei singoli budget di gruppo
- la riduzione verrà effettuata sul fatturato eccedente il volume corrispondente alla percentuale media di produzione rispetto al totale di ogni gruppo prodotto da ogni struttura nel biennio considerato;
- la media biennale è stata calcolata rapportando la produzione media individuale di ogni gruppo rispetto al totale medio prodotto in quel gruppo da tutte le strutture;
- tale calcolo opererà fino al rientro del fatturato complessivo di ogni gruppo ai limiti di cui sopra;
- ex.: per il gruppo 1 bis, in caso di produzione superiore 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;
- l'attività relativa al gruppo 1 bis rappresenta inoltre l'attività di maggior interesse regionale, tra quelle sottoposte a budget fisso e tariffa variabile.

ALLEGATO 3

ACCORDO NEUROCHIRURGIA-GAMMA KNIFE

Protocollo di invio dei pazienti

La patologia in cui vi è generale consenso per l'indicazione al trattamento di radiochirurgia con Gamma Knife è costituita prevalentemente da:

Malformazioni Artero-Venose (MAV)

Neurinomi intracranici

Meningiomi della base cranica e meningiomi di piccole dimensioni della volta

Metastasi cerebrali indipendentemente dall'istologia del tumore primitivo

Adenomi ipofisari

Craniofaringioma

Nevralgia trigeminale e cefalea a grappolo

Tumore glomico

Melanoma uveale

Neurocitoma

Emangioblastomi (Sindrome di Von Hippel-Lindau).

Indicazioni meno frequenti includono:

Ependimoma

Cordoma

Sindrome di Sluder

Fistole arteriovenose durali ecc.

Il medico specialista neurochirurgo della struttura pubblica inviante che valuti utile sottoporre un paziente a trattamento con Gamma Knife potrà contattare direttamente uno dei medici del servizio di Gamma Knife di VMCH (Dott. Enrico Motti, Dott.ssa Laura Ventrella e Dott. Enrico Giugni) tramite il numero telefonico del servizio (tel. 0545/217165 – e-mail gammaknife@gvm-vmc.it), dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00. E' possibile l'invio per le patologie di pertinenza da parte di oculisti, otorinolaringoiatri, anch'essi operanti presso strutture pubbliche, utilizzando lo stesso percorso.

Potranno essere inviati pazienti da specialisti pubblici diversi o per afferenza disciplinare (radioterapisti, oncologi) o per afferenza territoriale (neurochirurghi operanti presso

strutture pubbliche fuori regione). Tale casistica sarà comunque sottoposta, controllo sistematico al fine di verificarne la appropriatezza.

Al medico del servizio verrà presentato il caso del paziente nel quale si ritiene potenzialmente indicato il trattamento di Gamma Knife; condivisa l'indicazione si procederà come di seguito indicato.

Cognome, nome e data di nascita del pz candidato verranno comunicati direttamente ad uno dei professionisti suddetti nel corso del contatto di cui sopra unitamente al nome ed al recapito telefonico del medico neurochirurgo inviante. Quest'ultimo inviterà il paziente (o il congiunto che tiene i collegamenti) a rivolgersi allo 0545-217165 per il primo contatto con la struttura, per la raccolta dei dati eventualmente mancanti e per essere informato relativamente alle modalità di accesso.

Documentazione necessaria (patologia benigna e patologia maligna)

Breve relazione clinica (contenente storia clinica, terapie in corso e condizioni attuali) Tale breve relazione non può essere sostituita da copia fotostatica della cartella clinica, che non è invece necessaria.

Iconografia di Risonanza Magnetica recente (non più vecchia di 30gg nella patologia maligna). Lo studio angiografico, con relativa iconografia, è richiesto nelle malformazioni vascolari. I referti sono utili, ma NON sostitutivi dell'iconografia. La TAC (comunque utile in casi particolari) è sempre insufficiente da sola per raggiungere la decisione di sottoporre a radiochirurgia.

Nei casi di metastasi cerebrali i risultati dell'ultimo staging oncologico con almeno TAC total-body e scintigrafia ossea (non più vecchio di 3 mesi) devono venire descritti dall'Oncologo curante in una breve relazione che formuli, nei limiti del possibile, la prognosi quoad vitam. E' necessario allegare alla documentazione anche il referto istologico/citologico del tumore primitivo. L'intenzione di sottoporre il pz, con tumore primitivo noto, all'asportazione dello stesso DOPO che la metastasi cerebrale sia stata sottoposta a trattamento con GK va allegata in forma scritta.

In tutti i casi sottoposti in precedenza a radioterapia convenzionale è indispensabile rendere disponibile la documentazione che riporti le dosi e il piano di trattamento radiante utilizzato.

In tutti i casi sottoposti in precedenza a radiochirurgia, con qualsivoglia modalità, è indispensabile disporre della dose e del piano di trattamento radiante. Nel caso di metastasi in cui si ritenga che la pregressa radiochirurgia eseguita in altro centro abbia fallito è indispensabile disporre della iconografia (o del referto) di una PET cerebrale. Il cambiamento di centro di radiochirurgia dovrà venire motivato. La informazione relativa a precedenti trattamenti radiochirurgici deve essere fornita in modo completo ed accurato, in caso contrario il paziente sarebbe esposto a rischi di sovradosi radiante. Qualora tali informazioni non siano adeguatamente fornite il paziente verrà escluso da ulteriori valutazioni.

In tutti i casi sottoposti in precedenza ad intervento neurochirurgico è indispensabile disporre della descrizione dell'intervento, dell'iconografia diagnostica pre-operatoria e del referto istologico.

In tutti i casi di adenoma ipofisario è indispensabile disporre di valutazione endocrinologica, completa dei dosaggi degli ormoni dell'asse ipotalamo-ipofisario: per i pazienti già operati dovranno essere disponibili i risultati di valutazioni postintervento effettuate almeno due mesi dopo l'intervento stesso, sia per i pazienti operati che per i non operati i risultati dovranno risalire ad un periodo tendenzialmente non superiore ai tre mesi dalla valutazione di indicazione all'intervento con Gamma Knife.

In tutti i casi di adenoma ipofisario e di patologia perisellare a contatto con le vie ottiche o interessanti l'orbita o nella patologia del lobo occipitale è indispensabile disporre di valutazione oculistica, completa di campo visivo e fundus oculi.

In tutti i casi di patologia dell'angolo pontocerebellare (neurinoma dell'acustico, meningioma dell'apice della rocca, tumore glomico, ecc) è indispensabile disporre di valutazione otorinolaringoiatrica, completa di audiometria e potenziali evocati acustici.

Esclusioni

Casi di glioblastoma

Metastasi cerebrali operate in cui l'intervento non sia stato fatto seguire da radioterapia convenzionale panencefalica.

Metastasi multiple di melanoma/carcinoma renale in cui sia stata operata parte delle localizzazioni e parte venga riferita a GK.

Ulteriori aspetti

Il neurochirurgo referente inviante potrà assistere, in tutti i casi, al trattamento di Gamma Knife presso VMCH, previ accordi con il servizio stesso.

I pazienti verranno dimessi con lettera di dimissione indirizzata, come da indicazioni regionali, al medico curante e al medico specialista inviante.

La lettera di dimissione conterrà la indicazione della data della visita di controllo successiva, comprensiva di RMN cerebrale da eseguirsi senza alcun onere a carico del paziente presso VMCH (come previsto dall'accordo in oggetto). Il referto della visita di controllo verrà prodotto in due copie, una da consegnare al paziente, una trasmessa al neurochirurgo inviante.

Per poter garantire nel modo migliore il follow-up dei pazienti trattati, sia i neurochirurghi invianti che i neurochirurghi del centro Gamma Knife di VMCH, si impegnano a trasmettersi vicendevolmente ogni documentazione clinica significativa, relativa al decorso del paziente successivo alla prima visita di controllo.

Audit clinico

Si prevede, per l'anno 2009, di effettuare un audit sull'attività di Gamma Knife anche al fine di revisione del presente protocollo di invio e di trattamento. Si concorderanno modalità operative e componenti della commissione di audit.

LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

Edicola Libreria Cavalieri – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)
Libreria di Palazzo Monsignani S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)
Nuova Tipografia Delmaino S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

Libreria del professionista – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini
Libreria Incontri – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

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.