



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO N 58 DEL 30.09.2010

Oggetto: Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriately per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna.

Premesso

- Che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro – tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto – legge 1 ottobre 2007, n° 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- Che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 è stato nominato il sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009;
- Che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro – tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'art. 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n° 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;

Richiamati

- il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” che individua come “inappropriati” i ricoveri effettuati in regime ordinario o in day hospital per casi che possono essere trattati in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse, ed approva un elenco (allegato 2C) di 43 DRG “ad alto rischio di inappropriately” se erogati in regime di degenza ordinaria, rimandando alle Regioni sia il compito di indicare un valore soglia di ammissibilità oltre il quale l'erogazione dei 43 DRG viene considerata inappropriata, sia quello di individuare eventualmente ulteriori DRG da sottoporre a soglia;
- la DGRC 6490 del 30 novembre 2001 che ha emanato “Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di Day Surgery” ed ha approvato le linee guida sulle attività di day-surgery, l'elenco delle procedure chirurgiche eseguibili in day-surgery, l'elenco delle procedure chirurgiche eseguibili in ambulatorio, ed infine l'elenco dei DRG su



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

cui sviluppare, prioritariamente, l'assistenza in day- surgery per i quali si stabiliscono gli obiettivi di frequenza attesa dei casi da trattare,rispettivamente in day surgery e in regime ordinario continuativo, che ciascun erogatore dovrà raggiungere;

- la DGRC 4847 del 25 ottobre 2002 con la quale la Regione Campania, recependo le proposte della apposita Commissione tecnica istituita con deliberazione 1082/2002, approva le soglie di ammissibilità in ricovero ordinario relative ai DRG contenuti nell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001;

Constatato

- che per effetto delle deliberazioni 6490/2001 e 4847/2002 la Regione Campania ha individuato, oltre ai 43 DRG inclusi nell'allegato 2C del DPCM del 30 novembre 2001, ulteriori 14 DRG ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario, ed ha fissato le soglie massime di ammissibilità del numero di ricoveri ordinari con degenza superiore ad un giorno nonché disincentivazioni tariffarie in caso di superamento delle soglie prefissate;

Richiamate inoltre

- la DGRC 3873 del 30 dicembre 2003 "Integrazione deliberazione n° 6490 del 30/11/2001 avente ad oggetto: Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di Day Surgery" che integra e sostituisce l'elenco degli interventi e procedure chirurgiche effettuabili in Day surgery approvato con la deliberazione 6490/2001;
- la DGRC 546 del 30 marzo 2007, integrata con la DGRC 2040 del 23 dicembre 2008 e la DGRC 102/2009, con la quale vengono aggiornate le soglie massime di ammissibilità dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad elevato rischio di in appropriatezza individuati dalle DGRC 6490/2001 e 4847/2002, vengono regolamentate le attività di ricovero in day hospital di tipo medico, stabiliti criteri di appropriatezza per l'accesso a tale regime assistenziale, e infine vengono definite le caratteristiche organizzative e gli ambiti di attivazione di una innovativa modalità organizzativa, intermedia tra il day hospital e la attività specialistica ambulatoriale, denominata day service;

Considerato

- che il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 all'art. 6 comma 5, stabilisce che: "*in vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in*



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.”

- che con decreto commissariale n° 16 del 24.3.2010, nell'adottare la metodologia AGENAS di analisi della domanda e riprogettazione dell'offerta per il calcolo di posti letto quale strumento programmatico di riferimento per le regioni commissariate, sono state recepite le indicazioni del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 volte a promuovere l'adozione di setting assistenziali maggiormente appropriati con il trasferimento delle attività inappropriate verso regimi che consentono una maggiore efficienza nel consumo delle risorse e con il trasferimento quindi dal ricovero ordinario verso il day hospital e verso l'ambulatorio;
- che l'ARSAN ha provveduto a definire le soglie di ammissibilità per i DRG di cui all'allegato B del nuovo Patto per la salute 2010-2012 sia per il regime ordinario che per quello diurno riportate nell'allegato 1 al presente decreto;
- che tali soglie sono state determinate utilizzando i criteri di cui al citato decreto commissariale n° 16/2010 integrati, per quanto attiene i ricoveri ordinari, dall'analisi della distribuzione percentile osservata nell'anno 2008 che ha permesso di fissare tali soglie al 33° percentile della distribuzione;
- che, laddove i valori così determinati sono risultati più alti delle soglie già definite con precedenti atti deliberativi regionali, queste ultime sono state riconfermate e sono anch'esse riportate nell'allegato 1 al presente decreto;
- che sono state altresì determinati i volumi attesi delle casistiche da trasferire al regime ambulatoriale-ospedaliero per le procedure chirurgiche di cui all'allegato A del nuovo Patto della Salute, nonché per i DRG medici di cui all'allegato B del medesimo Patto della Salute;
- che l'obiettivo di riduzione dei ricoveri inappropriate deve essere perseguito sia dalle strutture di ricovero pubbliche che da quelle di ricovero private provvisoriamente accreditate;
- che, per queste ultime, il trasferimento delle attività da ricovero ordinario al ciclo diurno e da questo al regime ambulatoriale presenta alcune criticità legate alla circostanza che solo alcune case di cura risultano in accreditamento transitorio per lo svolgimento di attività ambulatoriali in singole discipline mediche e/o chirurgiche;

Rilevato

- Che pertanto si rende necessario prevedere, in via del tutto straordinaria e provvisoria, fino a completamento del percorso di accreditamento, che le case di cura private in transitorio accreditamento trasferiscano in ambulatorio - ospedaliero le casistiche di cui all'allegato 1 unicamente per quei DRG che già erogano in forza di tale transitorio accreditamento,

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

utilizzando i locali già autorizzati per le prestazioni ambulatoriali ovvero quelli autorizzati per le attività ambulatoriali connesse alle funzioni di Day hospital o di day surgery;

- che tali provvisorie modalità di erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale non si configurano in nessun caso, per le strutture private interessate, quale accreditamento istituzionale ai sensi dei vigenti regolamenti regionali, e non determinano in nessun caso presupposto o titolo preferenziale per il rilascio dello stesso;

Dato atto

- che il rispetto delle soglie di ammissibilità comporterà il raggiungimento di un obiettivo tendenziale di riduzione di circa 200.000 ricoveri con conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione a circa 190/1.000 abitanti;

Ritenuto

- di dover approvare per i DRG ad alto rischio di in appropriatezza, di cui all'allegato 1 al presente decreto, le soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in day hospital nelle percentuali a fianco di ciascun DRG segnate, nonché la relativa casistica da trasferire al regime ambulatoriale;

Ritenuto altresì

- di affidare alle Aziende Sanitarie il compito di monitorare le prestazioni di cui al presente decreto e vigilare sul rispetto da parte degli erogatori delle indicazioni nello stesso contenute;
- di applicare per le prestazioni di day surgery e di day hospital, di cui all'elenco allegato 1, le tariffe del vigente nomenclatore tariffario;
- di definire per le procedure di cui all'allegato 1 riferibili alle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery da trasferire in regime ambulatoriale ospedaliero (allegato A del nuovo Patto per la salute), una tariffa con valenza provvisoria, determinata, come previsto dal D.Lgs. 30.12.1992 n.502 e ss.mm.ii., sulla base di costi standard già disponibili presso altre regioni o province autonome e riportate nell'allegato 2 del presente decreto;
- di definire, altresì, una remunerazione con valenza provvisoria, per le sole procedure mediche da trasferire al regime ambulatoriale, data dalla sommatoria delle tariffe, come riconosciute dal vigente nomenclatore ambulatoriale regionale, delle singole prestazioni ambulatoriali erogate che si sono rese necessarie per garantire il livello assistenziale del corrispondente DRG medico, remunerazione che comunque non può essere superiore all'80% del valore della tariffa dello stesso DRG erogato in regime diurno;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- di precisare che, in ogni caso, i corrispettivi delle prestazioni trasferite in regime ambulatoriale – ospedaliero rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle Case di cura per l'assistenza ospedaliera;
- di stabilire che, i DRG indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengano riclassificati in regime diurno e remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso, se trattasi di DRG medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente, se trattasi di DRG chirurgici;
- di stabilire che, per i DRG indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime diurno e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengano remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso ed abbattuta del 50% se trattasi di DRG medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente abbattuta del 50%, se trattasi di DRG chirurgici;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie, per tutte le prestazioni di cui al citato allegato 1, definite ad alto rischio di inappropriatazza, dovranno estendere, dall'anno 2011, i controlli analitici, per ciascun erogatore, al 100% delle cartelle cliniche, fermo restando il valore annuo atteso del 10% di cartelle cliniche da sottoporre a controllo per tutte le altre tipologie di prestazioni di ricovero ospedaliero, così come disposto dal D.M. 10.12.2009;
- di confermare quanto già stabilito in atti deliberativi già adottati per quanto attiene le modalità operative di erogazione del day service e le modalità di remunerazione in relazione ai Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) già individuati;
- di stabilire che le modalità operative relative alla erogazione delle prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato 1 sono quelle definite al punto 2 dell'allegato 1 alla già citata DGRC n° 102 del 23 gennaio 2009;
- di stabilire, altresì, che, a decorrere dalla data di pubblicazione sul BURC del presente decreto commissariale, alle prestazioni di cui al citato allegato 1, erogate in regime ambulatoriale, si applicano le misure di compartecipazione alla spesa per l'assistenza specialistica di cui al decreto commissariale n° 53 del 27.09.2010;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

DECRETA

- di approvare per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato 1, che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto, ove sono riportate le soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in day hospital nelle percentuali a fianco di ciascun DRG riportate, nonché la relativa casistica da trasferire al regime ambulatoriale.



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- di affidare alle Aziende sanitarie il compito di monitorare le prestazioni di cui al presente decreto e vigilare sul rispetto da parte degli erogatori delle indicazioni nello stesso contenute;
- di applicare per le prestazioni di day surgery e di day hospital, di cui all'elenco allegato 1, le tariffe del vigente nomenclatore tariffario;
- di definire per le procedure di cui all'allegato 1 riferibili alle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery da trasferire in regime ambulatoriale ospedaliero (allegato A del nuovo Patto per la salute), una tariffa con valenza provvisoria, determinata, come previsto dal D.Lgs. 30.12.1992 n.502 e ss.mm.ii., sulla base di costi standard già disponibili presso altre regioni o province autonome e riportate nell'allegato 2 del presente decreto che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di definire, altresì, una remunerazione con valenza provvisoria, per le sole procedure mediche da trasferire al regime ambulatoriale, data dalla sommatoria delle tariffe, come riconosciute dal vigente nomenclatore ambulatoriale regionale, delle singole prestazioni ambulatoriali erogate che si sono rese necessarie per garantire il livello assistenziale del corrispondente DRG medico, remunerazione che comunque non può essere superiore all'80% del valore della tariffa dello stesso DRG erogato in regime diurno;
- di precisare che, in ogni caso, i corrispettivi delle prestazioni trasferite in regime ambulatoriale – ospedaliero rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle Case di cura per l'assistenza ospedaliera;
- di stabilire che, per i DRG indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime di ricovero ordinario e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengano riclassificati in regime diurno e remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso se trattasi di DRG medici; con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente se trattasi di DRG chirurgici;
- di stabilire che, per i DRG indicati nell'elenco allegato 1, effettuati in regime diurno e riconosciuti come inappropriati in tale regime assistenziale, a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti, vengano remunerati con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente, limitata ad un solo accesso ed abbattuta del 50%, se trattasi di DRG medici e con la tariffa prevista per il day surgery corrispondente abbattuta del 50% , se trattasi di DRG chirurgici;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie, per tutte le prestazioni di cui al citato allegato 1, definite ad alto rischio di inappropriatezza, dovranno estendere, dall'anno 2011 , i controlli analitici, per ciascun erogatore, al 100% delle cartelle cliniche, fermo restando il valore annuo atteso del 10% di cartelle cliniche da sottoporre a controllo per tutte le altre tipologie di prestazioni di ricovero ospedaliero, così come disposto dal D.M. 10.12.2009;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- di stabilire che in via del tutto straordinaria e provvisoria, fino a completamento del percorso di accreditamento, che le case di cura private in transitorio accreditamento trasferiscano in ambulatorio le casistiche di cui all'allegato 1 unicamente per quei DRG che già erogano in forza di tale transitorio accreditamento, utilizzando i locali già autorizzati per le prestazioni ambulatoriali ovvero quelli autorizzati per le attività ambulatoriali connesse alle funzioni di Day hospital o di day surgery;
- di stabilire altresì che tali provvisorie modalità di erogazione a carico del Servizio Sanitario regionale non si configurano in nessun caso, per le strutture private interessate, quale accreditamento istituzionale ai sensi dei vigenti regolamenti regionali, e non determinano presupposto per il rilascio dello stesso;
- di confermare quanto già stabilito in atti deliberativi già adottati per quanto attiene le modalità operative di erogazione del day service e le modalità di remunerazione in relazione ai Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) già individuati;
- di stabilire che le modalità operative relative alla erogazione delle prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato 1 sono quelle definite al punto 2 dell'allegato 1 alla già citata DGRC n° 102 del 23 gennaio 2009;
- di stabilire, altresì, che, a decorrere dalla data di pubblicazione sul BURC del presente decreto commissariale, alle prestazioni di cui al citato allegato 1, erogate in regime ambulatoriale, si applicano le misure di compartecipazione alla spesa per l'assistenza specialistica di cui al decreto commissariale n°53 del 27.09.2010;
- di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle Area Generale di Coordinamento 19 e all'Area Generale di Coordinamento 20 e al Settore Stampa e documentazione per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Direttore dell'ARSAN
Dott.ssa Lia Bertoli

tipo DRG	DRG	Descrizione	percentuale di ricoveri ammissibili in regime ordinario	percentuale di ricoveri ammissibili in regime DH	casistica da trasferire al regime ambulatoriale
C	006	Decompressione del tunnel carpale	2	69	29
C	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	40	40	20
M	013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	33	34	33
M	019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	19	41	40
C	036	Interventi sulla retina	26	74	
C	038	Interventi primari sull'iride	58	42	
C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2	69	29
C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	2	69	29
C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	2	69	29
C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	9	91	
M	047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	4	48	48
C	051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	66	34	
C	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	60	40	
C	057	Interventi su tonsille e adenoidi, eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	30	70	
C	058	Interventi su tonsille e adenoidi, eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	2	98	
C	059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	30	70	
C	060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	5	95	
C	061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	28	72	
C	062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	25	75	
M	065	Alterazioni dell'equilibrio	29	36	35
M	070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	52	24	24
M	073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	50	25	25
M	074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	27	37	36
M	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	88	6	6
C	119	Legatura e stripping di vene	10	90	
M	131	Malattie vascolari periferiche senza CC	34	33	33
M	133	Aterosclerosi senza CC	19	41	40
M	134	Iperensione	14	43	43
M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	80	10	10
M	142	Sincope e collasso senza CC	47	27	26
C	158	Interventi su ano e stoma senza CC	40	60	
C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	66	24	10
C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	33	47	20
C	163	Interventi per ernia, età < 18 anni	27	51	22
C	168	Interventi sulla bocca con CC	2	98	
C	169	Interventi sulla bocca senza CC	15	85	
M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	20	40	40
M	184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	42	29	29
M	187	Estrazioni e riparazioni dentali	2	49	49
M	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	44	28	28
M	206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	31	35	34
M	208	Malattie delle vie biliari senza CC	32	34	34
C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	70	30	
C	225	Interventi sul piede	44	39	17
C	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	25	75	
C	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	75	18	7
C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	9	64	27
C	232	Artroscopia	20	56	24

tipo DRG	DRG	Descrizione	percentuale di ricoveri ammissibili in regime ordinario	percentuale di ricoveri ammissibili in regime DH	casistica da trasferire al regime ambulatoriale
M	241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	36	32	32
M	243	Affezioni mediche del dorso	29	36	35
M	245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	50	25	25
M	248	Tendinite, miosite e borsite	37	32	31
M	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	35	33	32
M	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	60	20	20
M	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	3	49	48
M	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	68	16	16
M	256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	33	34	33
C	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	60	40	
C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	7	93	
C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	6	94	
C	267	Interventi perianali e cisti pilonidali	16	84	
C	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	33	67	
C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	5	67	28
M	276	Patologie non maligne della mammella	2	49	49
M	281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	27	37	36
M	282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	2	49	49
M	283	Malattie minori della pelle con CC	51	25	24
M	284	Malattie minori della pelle senza CC	8	46	46
M	294	Diabete, età > 35 anni	27	37	36
M	295	Diabete, età < 36 anni	50	25	25
M	299	Difetti congeniti del metabolismo	8	46	46
M	301	Malattie endocrine senza CC	10	45	45
C	311	Interventi per via transuretrale senza CC	57	43	
M	317	Ricovero per dialisi renale	2	49	49
M	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	60	20	20
M	324	Calcolosi urinaria senza CC	50	25	25
M	326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	20	40	40
M	327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	2	49	49
M	329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	12	44	44
M	332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	50	25	25
M	333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	34	33	33
C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	11	89	
C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	37	63	
C	342	Circoncisione, età > 17 anni	2	98	
C	343	Circoncisione, età < 18 anni	2	98	
C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	71	29	
M	349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	10	45	45
M	352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	20	40	40
C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva	13	87	
C	362	Occlusione endoscopica delle tube	50	50	
C	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	2	98	
M	369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	19	41	40

tipo DRG	DRG	Descrizione	percentuale di ricoveri ammissibili in regime ordinario	percentuale di ricoveri ammissibili in regime DH	casistica da trasferire al regime ambulatoriale
C	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	2	69	
C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	28	50	
M	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	66	17	17
M	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	28	36	36
M	396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	25	38	37
M	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	66	17	17
M	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	31	35	34
M	409	Radioterapia	35	33	32
M	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2	49	49
M	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	17	42	41
M	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	25	38	37
M	426	Nevrosi depressive	25	38	37
M	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	23	39	38
M	429	Disturbi organici e ritardo mentale	29	36	35
M	465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	2	49	49
M	466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	2	49	49
M	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	21	40	39
M	490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	14	43	43
C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	38	62	
C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	28	72	
M	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	43	29	28
M	564	Cefalea, età > 17 anni	43	29	28

Prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di day-hospital trasferibili in regime ambulatoriale

Allegato 2

CODICE	DESCRIZIONE PROCEDURA	IMPORTO	DRG
04.43	Liberazione del tunnel carpale (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	712,50	006 228 229
04.44	Liberazione del tunnel tarsale (visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	738,10	006 225
08.72	Ricostruzione della palpebra non a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	1166,60	040 041 268
08.74	Ricostruzione della palpebra a tutto spessore, escluso riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44) ed escluso ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	1166,60	
13.19.1	Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare (incluso impianto di lenti, visita pre-intervento e visite di controllo entro 10 giorni, biometria. Non codificabile con 95.13)	898,00	039
13.70.1	Inserzione di cristallino a scopo refrattivo (in occhio fahico)	1009,32	
13.72	Impianto secondario di cristallino artificiale	723,00	
13.8	Rimozione di cristallino artificiale impiantato	1032,90	
53.00.1	Riparazione monolaterale di ernia inguinale diretta o indiretta (incluso visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	1140,00	162 163
53.00.2	Riparazione monolaterale di ernia inguinale con innesto o protesi diretta o indiretta (incluso visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	1140,00	
53.21.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale con innesto o protesi (incluso visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	1140,00	
53.29.1	Riparazione monolaterale di ernia crurale (incluso visita anestesiologicala, ecg, es.laboratorio, visita post-intervento)	1140,00	
77.56	Riparazione di dito a martello/artiglio (incluso visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	774,73	225
80.20	Artroscopia sede non specificata (incluso visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	516,50	232
81.72	Artroplastica dell'articolazione metacarpofalangea ed interfalangea senza impianto (incluso visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	1750,00	008 228
81.75	Artroplastica dell'articolazione carpocarpale e carpometacarpale senza impianto (incluso visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita post-intervento)	1750,00	
84.01	Amputazione e disarticolazione di dita della mano (incluso visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	38,00	228 229 269 270
84.02	Amputazione e disarticolazione del pollice (incluso visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	38,00	
84.11	Amputazione di dita del piede (incluso visita anestesiologicala e anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)	750,00	008 225 269 270
98.51.1	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Prima seduta (incluso visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo, non associabile a 98.51.2)	600,00	323
98.51.2	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Seduta successiva alla prima (incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo, non associabile a 98.51.1)	450,00	
98.51.3	Litotripsia extracorporea del rene, uretere con cateterismo ureterale. Per seduta (incluso ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo)	150,00	