

DELIBERAZIONE N. 12287 DEL 4 MARZO 2003

Oggetto: **Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2003 - integrazione e modifica della d.g.r. n. 10805 del 24 ottobre 2002 ad oggetto "prime determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2003**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n° 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il decreto legislativo n° 502/92 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" così come modificato dal decreto legislativo n° 229/99, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30 novembre 1998, n° 419";

VISTA la legge regionale 11 luglio 1997, n° 31, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali";

VISTA la legge 23 dicembre 2000 n. 388 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)";

VISTA la legge 16 novembre 2001 n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", in cui sono previste azioni puntuali di contenimento della spesa sanitaria con particolare riferimento alla spesa farmaceutica;

VISTA la Legge Costituzionale n.3/2001 che modifica il Titolo V della Costituzione, valorizzando il ruolo delle Regioni e stabilendo che la tutela della salute rientra tra le materie a legislazione concorrente fra Stato e Regioni;

VISTA la legge 28 dicembre 2001 n. 448 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)";

VISTA la legge 15 giugno 2002 n. 112 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti e adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture";

VISTA la legge 8 agosto 2002 n. 178 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 8 luglio 2002, n. 138, recante: "Interventi urgenti in materia tributaria, di privatizzazioni, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell'economia anche nelle aree svantaggiate";

VISTE inoltre le modifiche apportate alla L.R. n. 31/97 dalla L.R. 17 dicembre 2001 n. 26 "Modifiche e integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale";

VISTA la Delibera Consiglio Regionale del 13 marzo 2002 n. VII/462 che ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004;

VISTO il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 29 novembre 2002 emanato in applicazione del D.L. 6 settembre 2002 n. 194 convertito, con modificazioni, dalla legge 31 ottobre 2002 n. 246;

VISTA, infine, la legge 27 dicembre 2002 n. 289 (Legge Finanziaria per il 2003);

RICHIAMATE:

- la DGR del 29/06/1998, n° 37042, recante “Direttive agli enti sanitari per l’approvazione del bilancio preventivo 1998, nonché per la redazione dei piani di organizzazione aziendale”;
- la DGR del 29/12/1998, n° 40903 avente ad oggetto: “Determinazioni in ordine all'erogazione dell'assistenza sanitaria, in regime di SSN, in Lombardia, per gli anni 1999 e 2000 ed in merito al finanziamento della spesa corrente per detti esercizi”;
- la DGR del 17/12/1999, n° 47085 avente ad oggetto: “Modifica DGR n° 40903 del 29/12/1998, relativa alla gestione della spesa del SSR per gli esercizi 1999 e 2000”;
- la DGR del 3/08/2000, n° 943 recante ad oggetto: “Modifica e integrazione delle DGR 29/06/1998, n. 37042 e 29/12/1998, n. 40903, così come modificata dalla DGR 17 dicembre 1999, n. 47085, concernenti le indicazioni per l’approvazione del bilancio preventivo economico nonché le indicazioni di gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2000”;
- la DGR del 22/12/2000, n° 2806 recante ad oggetto: “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Sanitario regionale per l’esercizio 2001”;
- la DGR del 23/11/2001, n° 7087 recante ad oggetto: “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Sanitario regionale per l’esercizio 2002”;
- la DGR del 18/1/2002, n° 7780 recante ad oggetto: “Approvazione delle linee guida sul controllo di gestione delle aziende sanitarie della Regione Lombardia”;
- la DGR del 18/2/2002, n° 8075 recante ad oggetto: “Modifica e integrazione della Deliberazione n. VII/7087 del 23/11/2001 ad oggetto: Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Sanitario regionale per l’esercizio 2002”;
- la DGR del 24/10/2002, n° 10805 recante ad oggetto: “Prime determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’esercizio 2003”;
- la DGR del 24/10/2002 n° 10807 recante ad oggetto: “Ulteriori determinazioni in ordine alla definizione dei rapporti contrattuali di cui alla DGR n. 47508/99 e agli indici programmatori espressi dal PSSR 2002/2004”;
- la DGR del 24/10/2002 n° 10808 recante ad oggetto: “Prima determinazione per il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata. Applicazione dell’indice programmatico di posti letto per acuti, in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 approvato con d.c.r. n. VII/462 del 13.03.2002.”;

RICHIAMATE inoltre :

- la DGR del 29/12/1999 n. 47508, recante ad oggetto: “Approvazione schema/tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l’Azienda Sanitaria Locale e i soggetti erogatori di prestazioni in regime di Servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 12, comma 5 della legge regionale n. 31/97. (a seguito parere della Commissione consiliare competente)”;
- la DGR del 19/10/2001 n. 6470, recante ad oggetto “Definizione di linee guida per l’introduzione sperimentale della negoziazione per volumi, tipologie e tariffe delle prestazioni di ricovero ad integrazione dello schema tipo di contratto, di cui alla DGR del 29/12/1999 n. 47508 ”;

VISTO l’accordo fra i Ministeri dell’Economia e delle Finanze e della Salute e le Regioni e Province autonome in materia sanitaria sancito in Conferenza Stato Regioni in data 8 agosto 2001, con il quale si fissano in Lit. 138.000 miliardi (71.271 milioni di Euro) le disponibilità complessive del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l’esercizio 2001, in Lit. 144.376 miliardi (74.564 milioni di Euro) per il 2002 cui si aggiunge una quota pari a Lit. 2.000 miliardi (1.033 milioni di Euro) e in Lit. 150.122 miliardi (77.532

milioni di Euro) per il 2003 cui si aggiunge una quota pari a Lit. 2.000 miliardi (1.033 milioni di Euro); il riparto delle quote aggiuntive di Lit. 2.000 miliardi (1.033 milioni di Euro) ai sensi dell'accordo 8 agosto 2001 dovrà incentivare i comportamenti virtuosi, rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi;

VISTO l'articolo 83 della legge 388/2000, comma 1, che prevede, con decorrenza 1 gennaio 2001 la soppressione del vincolo di destinazione delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario nazionale disponendo altresì che ciascuna regione per il triennio 2001-2003 è tenuta a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascun anno al finanziamento del servizio sanitario nazionale;

FATTO PRESENTE che le risorse nazionali del 2003 sono state ripartite fra le regioni con i criteri e le modalità definiti dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni, tenutasi a Fiuggi il 29 e 30 gennaio 2003, e ratificati dalla Conferenza Stato Regioni del 6 febbraio 2003; in relazione agli esiti di tale riparto si rende necessaria una revisione delle risorse complessive disponibili, comprese le entrate proprie delle aziende, dai 12.756 milioni di euro (lire 24.700 miliardi) previsti, sulla base di stime di riparto degli anni precedenti, con la DGR n. 10805/02 sopra richiamata a 12.739 milioni di euro (lire 24.665 miliardi);

VISTA la legge 27 dicembre 2002 n°289 (finanziaria 2003) che sospende la flessibilità fiscale per le Regioni fino a quando non si raggiunga un accordo sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale;

CONSIDERATO in particolare che, come già evidenziato nella DGR n. 10805/02 e come emerge chiaramente dal complesso di accordi Stato-Regioni in materia e delle normative vigenti, è necessario che le Aziende sanitarie pubbliche assicurino per il contenimento dei costi al fine di consentire al Sistema Sanitario Regionale di raggiungere e mantenere l'equilibrio economico tra ricavi e costi;

RITENUTO, pertanto:

1. di stabilire in 12.739 milioni di Euro (Lit. 24.665 miliardi) il livello di spesa complessiva 2003, al lordo delle entrate proprie delle aziende sanitarie;
2. di quantificare in 12.211 milioni di Euro (Lit. 23.645 miliardi) le risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale, di cui 12.001 milioni di euro di finanziamento indistinto come approvato in sede di Conferenza Stato Regioni e 210 milioni di euro quale stima, sulla base dei dati storici, del finanziamento per obiettivi di Piano sanitario e per spese vincolate, e di ripartirlo come segue:
 - a) fino a 125 milioni di Euro per far fronte sia alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR sia a interessi passivi da utilizzare, eventualmente, in caso di accesso al mercato del credito per far fronte a momentanee carenze di liquidità;
 - b) fino a 560 milioni di Euro per remunerare le funzioni sanitarie non tariffabili, rinviando a successivo provvedimento l'assegnazione alle aziende ed enti sanitari;
 - c) fino a 26 milioni di Euro per remunerare le funzioni di eccellenza delle strutture sanitarie lombarde; la valutazione dell'eccellenza riguarderà le seguenti Unità Operative di tipologia chirurgica : chirurgia generale / oncologica, oculistica, otorino, urologia, ortopedia, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, neurochirurgia e ginecologia, chirurgia toracica. Gli indicatori utilizzati saranno i seguenti: Numero di casi trattati; Indice Comparativo Performance per la degenza totale; Indice Comparativo Performance per la degenza pre intervento; % di posti letto dedicati per pazienti extra regionali; % di posti letto dedicati a pazienti con diagnosi oncologica; % di posti letto dedicati a pazienti urgenti; % di casi chirurgici; % di casi chirurgici in degenza breve (DH + 1 die + 2 die); età dei pazienti; indice di case mix; sarà dato, per ciascuno dei 10 indicatori (5 dei quali contenuti nella DGR 46582 del 26 11 99 "Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle Strutture Sanitarie Lombarde (L.R. 31/97, art. 13)", un punteggio, per rango percentile, che contribuirà a costituire il punteggio complessivo della struttura. Tra le strutture polispecialistiche saranno considerate solo le più complesse, quelle che hanno cioè almeno 6 delle suddette specialità. Il punteggio medio minimo che permetterà di accedere alla funzione di eccellenza dovrà essere di almeno 70/100. Tra le strutture di tipo monospecialistico, ovvero con la presenza di una sola delle suddette specialità, il punteggio minimo che permetterà di accedere alla funzione di eccellenza, dovrà essere di almeno 80/100. Il finanziamento consisterà in un

incremento del fatturato delle UUOO prese in considerazione, proporzionale alla somma stanziata dalla presente delibera;

- d) fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
 - e) fino a 68 milioni di Euro per il fondo maggiori ricoveri che verrà ripartito tra le ASL con successivo provvedimento della Direzione Generale Sanità;
 - f) fino a 25 milioni di Euro per il fondo maggiori consumi di prestazioni ambulatoriali che verrà ripartito tra le ASL con successivo provvedimento della Direzione Generale Sanità;
 - g) fino a 25 milioni di Euro per il fondo da destinare all'altitudine ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali sulla base della popolazione residente oltre i 1000 metri di altezza s.l.m. come da tabella 3 parte integrante del presente provvedimento;
 - h) 330 milioni di Euro per il pagamento dei ricoveri attivi, per cittadini non lombardi, agli erogatori situati sul territorio della Lombardia; tale importo rappresenta il saldo rispetto ai ricoveri e alle altre prestazioni passive a carico delle rispettive ASL di cittadini lombardi che usufruiscono di prestazioni al di fuori della Regione Lombardia;
 - i) 1.121 milioni di Euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata;
 - j) fino a 16 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale;
 - k) 782 milioni di Euro quale fondo regionale per dare attuazione alle misure previste dal PSSR in materia di revisione della rete ospedaliera e dei poliambulatori, di progetti innovativi e di psichiatria, per contribuire al riequilibrio dei tetti di specialistica e di ricovero nei limiti della compatibilità finanziaria del sistema, per riequilibrare gli effetti della determinazione del tetto regionale della farmaceutica, in particolare per l'applicazione delle disposizioni in materia di doppio canale e di primo ciclo terapeutico, per i progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, oltre che per fare fronte al previsto rinnovo degli accordi collettivi nazionali dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta;
 - l) fino a 40 milioni di euro quale fondo regionale, stimato sulla base dei dati storici in attesa degli specifici provvedimenti ministeriali di assegnazione, relativo alle quote di EX FSN definite vincolate; tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;
 - m) fino a 35 milioni di euro quale accantonamento teso a sviluppare e coordinare a livello regionale le campagne di screening sulla popolazione lombarda promosse dalle singole ASL della Regione;
 - n) fino a 48,5 milioni di Euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
 - o) 8.929,5 milioni di Euro ripartiti fra le ASL in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza utilizzando per ogni livello i seguenti criteri allineati a quelli utilizzati per il riparto in sede nazionale:
 - 1° livello: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (5%): quota capitaria per popolazione assistita ponderata con radice cubica del tasso standardizzato di mortalità;
 - 2° livello: assistenza distrettuale (50%): questo livello è stato separato in quattro sotto livelli:
 - a) medicina generale e pediatria, guardia medica e altra assistenza: quota capitaria per popolazione assistita (50%) e quota capitaria per popolazione ponderata con l'indice di densità abitativa (50%);
 - b) assistenza farmaceutica territoriale: per definire questa quota saranno definiti tetti obiettivo per ASL sulla base dei costi pro-capite registrati nel corso dell'anno 2002 tenendo conto dell'effetto dell'introduzione dei ticket;
 - c) assistenza specialistica ambulatoriale: per definire questa quota sono stati utilizzati i criteri di definizione del tetto per ASL;
 - d) assistenza socio sanitaria integrata: sono state accantonate le risorse necessarie da assegnare con provvedimento della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;
 - 3° livello: assistenza ospedaliera (45%): per definire questa quota sono stati utilizzati i criteri di definizione del tetto per ASL;
3. di precisare che, sulla base dei cittadini assistiti non ponderati, la quota capitaria riferita alla sanità è pari a 961 Euro;
4. di precisare che la quota capitaria sarà assegnata ad ogni singola ASL con il Decreto interdirezionale di definizione degli obiettivi economici in coerenza con i criteri sopradescritti tenendo conto della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2003;

5. di stabilire, sulla base dell'andamento dell'attività dell'esercizio in corso:
 - a) il tetto regionale per l'attività di ricovero in 4.310 milioni di Euro, ripartendolo fra le ASL come da tabella n. 2 allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, di cui, con questo atto, si approva integralmente il contenuto. Dei predetti 4.310 milioni di Euro fanno parte 68 milioni di Euro del Fondo Maggiori Consumi che vengono sottratti e ripartiti in funzione dei consumi di ricoveri in strutture extra Regione Lombardia e dei maggiori consumi di ricoveri che si verificano in alcune ASL. In particolare ai predetti 68 milioni di Euro partecipano le ASL con consumi di ricoveri che comportino un abbattimento tariffario superiore alla media regionale, in maniera che detta decurtazione non scenda, comunque, sotto alla media regionale stessa;
 - b) il tetto regionale per l'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale in 1.165 milioni di Euro, ripartendola fra le ASL come da tabella 2 sopra citata, tenendo conto dei consumi storici e attesi della ASL di riferimento. Del tetto definito fanno parte 25 milioni di Euro che vengono sottratti e ripartiti in funzione dei consumi in strutture extra Regione Lombardia e dei maggiori consumi che si verificano in alcune ASL. Il tetto sopra definito non comprende le attività di screening e di neuropsichiatria infantile che dovranno comunque essere documentate attraverso i flussi informativi in essere;
 - c) il tetto regionale per la spesa farmaceutica territoriale, 13 % della spesa sanitaria ai sensi della legge 16 novembre 2001 n. 405, in 1.656 milioni di Euro e quindi a modifica del tetto definito con la DGR n. 10805/02 e con contestuale revoca della tabella 2 della DGR n. 10805/02, precisando che nuove indicazioni alle singole ASL in materia saranno fornite con i Decreti interdirezionali di determinazione degli obiettivi economici tenendo conto dei consumi procapite dell'anno 2002 e di una riduzione dello scarto dalla media regionale;
6. di revocare i punti 9, 10 e 12 del dispositivo della DGR n. 10805/02 relativi ai Piani di assunzione 2003 e ai criteri utilizzati per la definizione degli obiettivi di costo, in materia di personale e di beni e servizi, in quanto è necessaria una loro riconsiderazione alla luce delle normative nazionali successivamente emanate;
7. di stabilire che relativamente al personale dipendente sarà perseguito l'obiettivo generale di razionalizzazione della spesa del personale, in riduzione del 1% rispetto ai costi del 2002, tale da garantire un suo tendenziale contenimento strutturale; in tale obiettivo dovranno essere ricompresi i piani di assunzione da presentare ai sensi dell'art. 4 L.R. n. 26/01 e in linea con la L. 289/02 e con i conseguenti provvedimenti nazionali in corso di definizione; per quanto riguarda il personale a rapporto di lavoro autonomo, temporaneo e altre forme di collaborazione sarà definito un obiettivo coerente con il disposto della L. 289/02;
8. di stabilire che relativamente ai beni e servizi per ogni azienda sarà formulato un obiettivo specifico tenendo conto dell'andamento negli ultimi anni di questa tipologia di spesa in relazione alle reali necessità di produzione;
9. di stabilire pertanto che gli obiettivi di costo definiti con la citata DGR n. 10805/02 possano essere rivisti e modificati anche in decremento in relazione agli effetti delle nuove disposizioni normative emanate successivamente all'approvazione della suddetta deliberazione, alla luce dei dati comunicati dalle Aziende quale chiusura contabile al IV trimestre 2002 e dei criteri definiti ai punti precedenti;
10. di stabilire che gli obiettivi di costo e di risultato definitivi, coerenti con quanto disposto dalla presente deliberazione, saranno determinati con appositi Decreti interdirezionali a firma dei Direttori Generali Sanità, Famiglia e solidarietà sociale e Risorse finanziarie e bilancio per le Aziende sanitarie Locali e a firma dei Direttori Generali Sanità e Risorse finanziarie e bilancio per le Aziende Ospedaliere;
11. di integrare, come previsto dal PSSR, l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori con l'indicazione dei volumi delle prestazioni, la tipologia e le tariffe delle stesse. Tale integrazione allo schema tipo di contratto deve essere composta tenendo presente che gli obiettivi prioritari da perseguire sono quelli di promuovere e garantire ai cittadini l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni rese utilizzando al meglio le risorse disponibili. L'istituto contrattuale deve inoltre servire per ridurre le attuali quote di abbattimento che attualmente rappresentano un indicatore del livello di inappropriatazza del sistema. In questo modo oltre a garantire più alti livelli qualitativi delle prestazioni erogate al cittadino, le strutture erogatrici potranno operare in un contesto di maggior certezza finanziaria;

12. di stabilire in materia di contratto tra ASL e strutture erogatrici:

- di dare mandato alla Direzione Generale Sanità per definire le linee guida per l'applicazione operativa dell'istituto contrattuale;
- che la contrattazione tra ASL e strutture erogatrici attiene a tutta la produzione erogata dalle strutture ubicate nel territorio della ASL e non solo la quota relativa ai consumi dei propri residenti;
- che per quanto riguarda il livello economico i pazienti extra regionali e gli stranieri non regolarizzati verranno remunerati a produzione effettiva
- che venga specificata, nello schema tipo di contratto, la modalità di controllo e di verifica dell'appropriatezza generica e specifica delle prestazioni rese e specifica delle prestazioni rese prevedendo in particolare puntuali controlli per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza indicati all'allegato 2 C del DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- che siano definite modifiche tariffarie incentivanti la qualità delle prestazioni e della loro erogazione;
- che con successivo Decreto del Direttore Generale Sanità saranno approvate le integrazioni contrattuali previste dalle ASL;
- che la casistica di ricovero e cura sarà rappresentata in sei classi (dh medico, dh chirurgico, medici ad alto peso, medici a basso peso, chirurgici ad alto peso, chirurgici a basso peso) utilizzando come valore mediano per la casistica medica ordinaria €1.751 e per la casistica chirurgica ordinaria €2.160. Si dovrà prevedere un monitoraggio dell'andamento del mix nel corso dell'anno definendo dei disincentivi rispetto ad una sua variazione significativa nel senso di una minore complessità delle attività;
- che il raggiungimento del budget assegnato per le attività di ricovero sarà valutato valorizzando i volumi delle prestazioni di ricovero erogate nel corso del 2003 applicando le tariffe in vigore nel periodo di svolgimento delle stesse;
- che compito principale ed irrinunciabile della ASL sarà quello di definire un contenuto appropriato del suddetto budget individuando e concordando a priori variazioni tariffarie per le prestazioni consumate in eccesso rispetto allo standard regionale e per i 43 DRG contenuti nell'allegato 2C del DPCM dei LEA e definendo le modalità più appropriate di erogazione delle prestazioni per cui rappresenta ormai un'evidenza l'erogabilità in regime di day hospital / day surgery;
- che per quanto riguarda le attività di specialistica ambulatoriale sarà definito, per singolo presidio di erogazione o per azienda nel caso in cui più presidi costituiscano l'offerta di un unico soggetto giuridico, un budget di prestazioni utilizzando come base di calcolo dello stesso le prestazioni erogate nel corso del 2002, considerato il rateo mensile di attività. Il predetto budget rappresenterà al massimo il 95% dei volumi erogati nel corso del 2002 le prestazioni di dialisi e di radioterapia saranno conteggiate senza considerare abbattimenti. Il restante 5% delle disponibilità definite su base regionale per le attività di specialistica ambulatoriale sarà assegnato a fine esercizio applicando degli abbattimenti tariffari progressivi alle prestazioni eccedenti rispetto al budget individuato per i singoli soggetti erogatori;
- dovranno essere individuate delle modalità di monitoraggio del contratto finalizzate a valutare nel corso dell'anno i tempi di attesa di prestazioni "sentinella" che saranno individuate in sede di negoziazione e che rappresenteranno un parametro di valutazione delle strutture. Dovranno essere previste nell'integrazione contrattuale delle penalizzazioni economiche nel caso in cui i suddetti tempi di attesa dovessero variare in modo significativo nel corso dell'anno;
- i soggetti erogatori di diritto pubblico dovranno esplicitare le azioni che intenderanno intraprendere per promuovere al loro interno un utilizzo appropriato della possibilità di autoprescrivere prestazioni di ricovero e di specialistica, nel caso in cui le regole vigenti lo permettessero;
- l'efficacia economica delle attività di controllo sarà rappresentata da una riduzione del valore delle prestazioni sanitarie per le quali, quindi, le attività di controllo andranno a variare il finanziamento;

13. di stabilire che le plusvalenze realizzate da alienazioni di cespiti dovranno essere destinate secondo indirizzi coerenti con la compatibilità complessiva del Sistema sanitario regionale;

14. di stabilire che gli obiettivi economici definiti con i Decreti interdirezionali sono da considerarsi anche come limite invalicabile di costi;
15. di rinviare ad apposito provvedimento della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale il riparto alle ASL dei fondi riservati all'assistenza socio-sanitaria integrata, determinati sin d'ora in 1.121 milioni di Euro.
Inoltre, con successiva intesa tra le Direzioni Generali Sanità, Famiglia e Solidarietà Sociale e Risorse Finanziarie e Bilancio sarà definita la quota relativa ai costi del Dipartimento ASSI;
16. di approvare il contenuto delle tabelle n. 1, relativa alla determinazione della quota capitaria, e n. 4, relativa alla ripartizione in sintesi del F.S.R., quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
17. di precisare che il contenuto del presente provvedimento possa essere riconsiderato anche in relazione agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'accordo 8 agosto 2001 sopra richiamato;

RITENUTO inoltre di stabilire altresì, in continuità con l'anno 2002, che in attesa della ridefinizione delle tariffe relative alla produzione degli emocomponenti per ogni unità di sangue intero (in sacca multipla con soluzione additiva di 450 ml +/- il 10%) e classificata prodotta dalle Aziende ed Enti sanitari autorizzati sarà riconosciuta una quota aggiuntiva pari a euro 36 attraverso il finanziamento relativo alle funzioni non tariffate;

CONSIDERATA la necessità che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 26/01, rispettino puntualmente i tempi di invio e si attengano scrupolosamente alle linee guida in materia contabile emanate dalla Direzione Generale Sanità, prefigurando in ogni trimestre il reale andamento gestionale a fine anno, al fine di consentire un preciso monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria regionale;

RITENUTO di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti e, in particolare, quanto disposto con la DGR n. 10805/02;

VALUTATO infine di stabilire per l'anno 2002 che il riconoscimento e la relativa erogazione dell'incentivo economico correlato al raggiungimento dell'obiettivo economico da parte dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche possa avvenire esclusivamente dopo l'adozione della delibera del Bilancio d'esercizio 2002;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'art. 1, commi 1,2,3,7, 8 e all'art. 13;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito il 22 novembre 2001 dalla Conferenza Stato- Regioni e relativo alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di assistenza" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8.2.2002 – Supplemento Ordinario n. 26, entrato in vigore il 23 febbraio 2002;

PRESO ATTO che il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni prevede che le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;

VISTO il Decreto 20 Dicembre 2002 del Ministero della Salute recante "Elenco dei medicinali rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto del Ministro della salute 27 settembre 2002 recante la riclassificazione dei medicinali ai sensi dell'art.9, commi 2 e 3, del decreto 8 luglio 2002, n. 138, convertito dalla legge 8 agosto 2002, n. 178, pubblicato nel supplemento ordinario n. 200 alla Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 249 del 23 ottobre 2002, e successive modificazioni" pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale – serie generale –n. 4 del 7 gennaio 2003;

RICHIAMATI i seguenti riferimenti normativi:

- l'art. 8 c. 16 ter della Legge 24 Dicembre 1993 n. 537 (come modificata dalla l. 724/94) in cui si dispone che, tra l'altro, per l'assistenza farmaceutica, i cittadini, con esclusione degli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia, dei grandi invalidi per servizio, degli invalidi civili al 100% e dei grandi invalidi del lavoro, sono tenuti comunque al pagamento di una quota fissa per ricetta;
- l'art. 70 c. 1 della Legge 23 Dicembre 1998 n. 448 che dispone una diversa modalità di calcolo della quota di partecipazione da parte dell'assistito in caso di prescrizione di più di due confezioni di farmaco,
- l'art. 5, c. 6, del d.lgs. 124/98 prevede, altresì, l'esenzione degli invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza nonché alle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata di cui alla legge 20.10.1990, n. 302;
- la l. 210/92 che tutela le persone danneggiate da vaccinazione obbligatoria, trasfusione, somministrazione di emoderivati ai sensi della l. 238/97, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie;
- l'art. 9 c. 1 della Legge 16 Novembre 2001 n. 405 che dispone che la prescrizione dei medicinali, destinati al trattamento delle patologie individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettere a) e b) del Decreto Legislativo n. 124/98, sia limitata a tre pezzi per ricetta;
- l'art. 9 c. 3 della Legge 16 Novembre 2001 n. 405 che conferma la possibilità di prescrizione fino a sei pezzi per ricetta, limitatamente ai medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, ai medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica e i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi.

RICHIAMATA, inoltre, la D.G.R. n. VII/11534 del 10 dicembre 2002 con la quale la Giunta Regionale ha approvato "Misure urgenti in merito alla razionalizzazione della spesa sanitaria", e in particolare l'Allegato A, in cui sono state stabilite le condizioni di applicazione di quote di partecipazione alla spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica territoriale;

VISTI i decreti ministeriali n. 329/99, n. 296/2001, che individuano le condizioni di malattia cronica ed invalidante che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria;

VISTO il decreto ministeriale 279/2001 che definisce le malattie rare e le relative esenzioni per le prestazioni efficaci ed appropriate per il trattamento, il monitoraggio e la prevenzione degli ulteriori aggravamenti;

RICHIAMATO in particolare l'Allegato A, della D.G.R. n. VII/11534 del 10 dicembre 2002, che ha disposto che le categorie di cittadini esenti per patologia o condizione individuate dai decreti del Ministero della sanità n. 329/99 e 296/01, e le categorie affette da malattie rare individuate dal dm Sanità 27.9.2001 n. 279 sono comunque tenute a corrispondere la quota fissa di 2 Euro per ogni pezzo di farmaco prescritto, fino ad un massimo di 4 Euro per ricetta, in quanto comunque beneficiano della prescrizione di un numero di farmaci maggiore a fronte del pagamento della stessa quota massima;

RITENUTO opportuno confermare questo principio e pertanto modificare, a partire dal 10 marzo 2003, il precitato allegato A per quanto concerne i pazienti esenti per patologia o condizione individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001, e le categorie affette da malattie rare, individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001, definendo la quota loro spettante in 1 Euro per confezione con un tetto massimo per ricetta di 3 Euro per i farmaci correlati alla propria patologia;

RITENUTO inoltre di estendere l'esenzione dal pagamento della quota di compartecipazione alla spesa farmaceutica, prevista dall'allegato A alla D.G.R. 11534, alle seguenti categorie di assistiti:

- gli assistiti, a cui siano prescritti i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore severo di cui alla Legge n. 12/2001, per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni;
- soggetti rientranti nell'Accordo vigente tra Regione Lombardia e Ministero di Grazia e Giustizia;
- gli ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia;
- gli infortunati sul lavoro per il periodo della durata dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse, purchè indicato sulla prescrizione medica;

- titolari di pensioni al minimo di età superiore ai sessant'anni, e familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore 8.263,31 € incrementato fino a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,45 € per ogni figlio a carico;
- ciechi e sordomuti;

CONSIDERATO inoltre opportuno ridurre la quota di partecipazione sull'assistenza farmaceutica ad 1 euro per confezione fino ad un massimo di 3 euro per ricetta nei casi previsti dall'art.9, comma 3, della legge 405/2001 per le seguenti categorie di assistiti:

- gli invalidi civili con percentuale superiore ai 2/3 o con assegno di accompagnamento,
- gli invalidi del lavoro con percentuale superiore ai 2/3;

RICHIAMATO l'allegato B della citata D.G.R. n. VII/11534 del 10 dicembre 2002, relativo alle condizioni di applicazione di un rimborso forfetario per l'erogazione di prestazioni ritenute inappropriate se erogate in regime di urgenza-emergenza;

RITENUTO di esentare dal pagamento della quota di rimborso gli assistiti con età inferiore a 6 anni e quelli con età superiore ai 75 anni, e ciò a partire dal 10 marzo 2003;

VISTE:

- la l. 537/93 che prevedeva che l'importo massimo, per ricetta, per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale potesse ammontare fino a lire 100.000;
- la l. 724/94 che riduceva tale importo a lire 70.000;

VISTO il decreto legislativo 29 aprile 1998, n 124 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449, con particolare riferimento all' art. 3, che prevede la facoltà per le Regioni di innalzare l'importo massimo, per ricetta, per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale fino a lire 100.000;

RICHIAMATA la legge n.388/2000 che:

- all'art. 84, sospende l'efficacia, tra l'altro, anche della citata disposizione del d.lgs. 124/98;
- all'art. 85, comma 9, prevede che, al fine di finanziare lo scostamento della spesa sanitaria rispetto agli obiettivi, le regioni adottino le deliberazioni per il reintegro dei ticket soppressi;

RITENUTO, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario del sistema, di ridefinire in 46 Euro a decorrere dal 10 marzo 2003, l'importo massimo, per ricetta, per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale;

RITENUTO di disporre l'attivazione di un tavolo tecnico di confronto con le OOSS confederali regionali, con il contributo di tutti i soggetti interessati (medici, operatori del comparto, associazioni utenti, associazioni scientifiche etc) per definire un'ipotesi di contribuzione eventualmente modificativa delle attuali, al fine di garantire, se possibile, una più idonea tutela dei cittadini dell'area della fragilità sociale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie del sistema. Qualora i lavori del tavolo definissero intese ulteriormente migliorative e/o modificative, nonché compatibili con gli equilibri economici, le stesse saranno recepite con successivo provvedimento di Giunta Regionale;

STABILITO che il tetto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale relativo all'anno 2003 dovrà tenere conto dell'effetto derivante dall'applicazione del presente provvedimento;

VISTO il d.lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, ed in particolare l'art. 8 sexies, commi 1, 4, 5 e 6;

VISTO il D.M. Sanità 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che all'art. 3, commi 5 – 6, statuisce i criteri di determinazione delle tariffe;

RICHIAMATO il D.M. Sanità del 30.6.1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al D.M. 14 dicembre 1994”, in particolare gli articoli 2,3,4;

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”, in particolare l’art. 1, comma 32;

VISTA la legge 27 dicembre 1997, n. 449 “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”, in particolare l’art. 32;

VISTA la legge 18 dicembre 1999 n. 488, in particolare l’art 28 “Riqualificazione dell’assistenza sanitaria e attività libero professionale”;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, in particolare all. 3 lett. a);

VISTA la legge 27 dicembre 2002, n. 289 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”, in particolare gli artt. 29 e 52;

RICHIAMATE le proprie deliberazioni:

- 30 dicembre 1994, n. V/62664 “Determinazione delle tariffe delle prestazioni ospedaliere”;
- 27 giugno 1996, n. VI/15084 “Prima attuazione della d.g.r. n. 62664 del 30.12.1994 - Aggiornamento di alcune tariffe per le prestazioni ospedaliere”;
- 28 febbraio 1997, n. VI/25608 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero” e successive integrazioni;
- 24 luglio 1998, n. VI/ 37597 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero e attuazione del punto 3) del dispositivo della d.g.r. n. VI/34437 del 4 febbraio 1998”;
- 13 settembre 1999, n. VI/ 45079 “Modifica alla d.g.r. VI/37597 del 24 luglio 1998 : “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero” e attuazione del punto 3) del dispositivo della d.g.r. VI/34437 del 4 febbraio 1998;
- 3 agosto 2000, n. VII/941 ”Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero”;
- 18 gennaio 2002, n. VII/7780 “Approvazione delle Linee Guida sul Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia”;
- 13 marzo 2002, n. VII/0462 “Piano socio sanitario regionale 2002-2004”
- 23 dicembre 2002, n. VII/11637 “Introduzione di alcuni nuovi DRG corrispondenti alla versione 19 del Grouper HCFA e definizione delle tariffe dei DRG modificati e di nuova introduzione” in particolare l’art. 3 del dispositivo;

CONSIDERATO che:

- con nota del D.G. Sanità del 14 giugno 2002, prot. H1. 2002.0035156, avente all’oggetto ”Sistema informativo sul Controllo di Gestione” è stata esplicitata la metodologia della rilevazione dei costi 2001 per la rideterminazione delle tariffe dell’attività di ricovero;
- è stato attivato internamente alla D.G. Sanità un gruppo di lavoro, con la collaborazione di consulenti esterni, per la rilevazione analitica dei costi sostenuti dalle strutture di ricovero e cura per l’erogazione delle prestazioni di ricovero per acuti con la finalità di valutare la congruità della remunerazione dei singoli DRG delle specialità ospedaliere;

- è stato attivato internamente alla D.G. Sanità un gruppo di lavoro, con la collaborazione di consulenti esterni, per la determinazione del costo per punto DRG tramite la riclassificazione dei Bilanci d'esercizio 2001;
- è stato attivato un gruppo di lavoro (tavolo di confronto) dei Direttori delle specialità di Otorinolaringoiatria e Chirurgia generale della Lombardia per la condivisione delle proposte di revisione delle tariffe;
- con D.D.G. Sanità 17 giugno 2002, n. 11255 è stato istituito un gruppo di lavoro per l'individuazione dei percorsi diagnostico – terapeutici in ambito cardiologico interventistico e cardiocirurgico ai sensi della D.G.R. 18 febbraio 2002, n.VII/8078;

PRESO ATTO delle valutazioni e delle considerazioni che sono emerse dalle rilevazioni effettuate dai gruppi di lavoro sopra menzionati, riassunte nella relazione finale allegata agli atti delle U.O. competenti, ed in particolare che:

- il valore proposto del costo per punto DRG resta invariato e corrisponde a Euro 2.618,44= ;
- l'analisi ed il confronto del costo dei singoli DRG con le tariffe attualmente in vigore ha fatto emergere la necessità di revisioni dei rimborsi, ai fini dell'adeguamento tariffario alle strutture di costo scaturite dall'indagine;
- la modifica del tariffario è stata guidata principalmente da considerazioni inerenti Livelli Essenziali di Assistenza, volumi di attività complessivamente erogati nella regione, distribuzione della degenza media del ricovero ordinario e dei valori oltre soglia, nonché dall'entità del margine economico per singolo DRG, che hanno modulato l'assegnazione della tariffa ottenibile in base al peso del DRG;
- si è rilevata l'opportunità di differenziare la tariffa del DRG 323 "Calcolosi urinaria con CC e/o Litotripsia ESW" nel caso in cui durante il ricovero si proceda alla esecuzione della procedura indicata dal codice 98.51 "Litotripsia extra-corporea del rene, uretere e/o vescica";
- si è rilevata l'opportunità di differenziare la tariffa del DRG 008 "Interventi su nervi periferici e cranici ed altri interventi su sistema nervoso senza CC" nel caso in cui durante il ricovero si proceda alla esecuzione della procedura indicata dal codice 92.32 "Radiochirurgia fotonica multisorgente";
- le nuove tariffe cui si è pervenuti attraverso l'analisi sopraccitata sono riportate nell'allegato 1 che forma parte integrante ed essenziale del presente provvedimento;

PRESO ATTO di quanto disposto dal Piano Socio Sanitario Regionale che, per quanto riguarda i criteri di remunerazione delle prestazioni, prevede la costruzione di un sistema di remunerazione che consideri tutti gli aspetti strutturali, organizzativi e gestionali coinvolti nella produzione delle prestazioni sanitarie, differenziando la modalità di remunerazione delle prestazioni anche in base alla rete dell'emergenza urgenza;

TENUTO CONTO pertanto del maggior fabbisogno di risorse per il potenziamento della rete di emergenza-urgenza, così come indicato nel Piano Socio Sanitario Regionale per i tre livelli di operatività della suddetta rete (esplicitati nella DCR 932/1998), si ritiene opportuno assumere le seguenti disposizioni, in relazione alla complessità clinico-organizzativa degli Enti coinvolti:

- per le strutture con DEA o EAS accreditato ed attivato, anche nel corso del 2003, con decorrenza dalla data di effettiva attivazione, le tariffe dei ricoveri per acuti sono quelle dell'allegato 5 ad eccezione di quelle relative ai ricoveri ordinari per acuti maggiori di 1 giorno, rappresentativi di una casistica complessa, aventi un valore superiore a Euro 2.160 per i ricoveri chirurgici e a Euro 1.751 per i ricoveri medici, valori mediani di riferimento della casistica regionale che sono incrementate del 5% rispetto al nuovo tariffario riportato in allegato 5;
- per le strutture dotate di PS accreditato e attivato anche nel corso del 2003, con decorrenza dalla data di effettiva attivazione le tariffe di tutte le attività di ricovero sono quelle dell'allegato 1 senza variazioni;
- per le strutture prive di PS, DEA o EAS accreditato e attivato, le tariffe di tutte le attività di ricovero per acuti, ordinarie e di day hospital, sono ridotte del 3% rispetto al nuovo tariffario riportato in allegato 5;

STABILITO pertanto di:

- A. mantenere inalterato il costo per punto DRG pari a Euro 2.618,44=;

- B. introdurre come dettagliato nell'allegato 5, parte integrante ed essenziale del presente atto, il nuovo tariffario costruito sulla base della revisione delle tariffe condotta per le motivazioni sopra esposte;
- C. applicare per le Aziende dotate di EAS o DEA o prive di PS, EAS o DEA la differenziazione delle tariffe DRG in termini di maggiorazione o riduzione in ragione della complessità clinico-organizzativa della rete di emergenza-urgenza come sopra esposto;

ACQUISITO il parere positivo dei gruppi di lavoro (tavoli di confronto) per le specialità di ORL, Cardiologia e Cardiochirurgia e Chirurgia Generale relativo alle proposte di revisione delle tariffe;

STABILITO che il sistema tariffario prospettato dal presente atto possa risultare suscettibile di verifiche, ed eventualmente rettifiche, e che il monitoraggio sul sistema tariffario così indicato sarà compiuto da parte delle Unità Operative preposte della DG Sanità;

DATO ATTO che il presente provvedimento non concerne le prestazioni sanitarie erogate in area riabilitativa che restano pertanto valorizzate secondo il tariffario attualmente in vigore, in attesa del riordino della rete riabilitativa disposto dal PSSR 2002-2004;

RITENUTO opportuno, sempre nelle more del riordino della rete riabilitativa disposto dal PSSR 2002-2004, di non procedere, secondo le modalità previste dall'allegato 3 alla D.G.R. 3 agosto 2000, n. VII/941, alla distribuzione del fondo annuale previsto per la incentivazione della qualità dell'assistenza erogata in ricovero ordinario dalle strutture di ricovero e cura dotate di UO accreditate di riabilitazione, rimandando ad ulteriore atto deliberativo l'erogazione di fondi incentivanti la qualità in riabilitazione;

RITENUTO inoltre di mantenere invariati gli effetti dei precedenti atti relativi a tariffe e modalità di rimborso non esplicitamente citati nel presente provvedimento;

RIBADITO inoltre, che le attività di controllo sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate della regione Lombardia sono regolate dalle D.G.R. 10 ottobre 1997, n. VI/31684, 27 febbraio 1998, n. VI/34809, 28 ottobre 1999, n. VI/45934, 16 marzo 2001, n. VII/3826, 18 febbraio 2002, n. VII/8078, oltre che dai singoli contratti stipulati o da stipulare - secondo lo schema contrattuale di cui alla D.G.R. 29 dicembre 1999, n. VI/47508 - fra le ASL e le strutture erogatrici, ai sensi dell'art. 8 quinquies del d. lgs. 229/99;

RITENUTO opportuno che il nuovo tariffario entri in vigore il 5 marzo 2003 e sia applicato ai ricoveri ospedalieri con dimissione a partire da tale data;

RITENUTO altresì di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della D.G. Sanità ai fini della diffusione del provvedimento;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette considerazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

Per le motivazioni espresse nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate:

1. di stabilire in 12.739 milioni di Euro (Lit. 24.665 miliardi) il livello di spesa complessiva 2003, al lordo delle entrate proprie delle aziende sanitarie;
2. di quantificare in 12.211 milioni di Euro (Lit. 23.645 miliardi) le risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale, di cui 12.001 milioni di euro di finanziamento indistinto come approvato in

sede di Conferenza Stato Regioni e 210 milioni di euro quale stima, sulla base dei dati storici, del finanziamento per obiettivi di Piano sanitario e per spese vincolate, e di ripartirlo come segue:

- a. fino a 125 milioni di Euro per far fronte sia alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR sia a interessi passivi da utilizzare, eventualmente, in caso di accesso al mercato del credito per far fronte a momentanee carenze di liquidità;
- b. fino a 560 milioni di Euro per remunerare le funzioni sanitarie non tariffabili, rinviando a successivo provvedimento l'assegnazione alle aziende ed enti sanitari;
- c. fino a 26 milioni di Euro per remunerare le funzioni di eccellenza delle strutture sanitarie lombarde; la valutazione dell'eccellenza riguarderà le seguenti Unità Operative di tipologia chirurgica: chirurgia generale / oncologica, oculistica, otorino, urologia, ortopedia, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, neurochirurgia e ginecologia, chirurgia toracica. Gli indicatori utilizzati saranno i seguenti: Numero di casi trattati; Indice Comparativo Performance per la degenza totale; Indice Comparativo Performance per la degenza pre intervento; % di posti letto dedicati per pazienti extra regionali; % di posti letto dedicati a pazienti con diagnosi oncologica; % di posti letto dedicati a pazienti urgenti; % di casi chirurgici; % di casi chirurgici in degenza breve (DH + 1 die + 2 die); età dei pazienti; indice di case mix; sarà dato, per ciascuno dei 10 indicatori (5 dei quali contenuti nella DGR 46582 del 26 11 99 "Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle Strutture Sanitarie Lombarde (L.R. 31/97, art. 13)", un punteggio, per rango percentile, che contribuirà a costituire il punteggio complessivo della struttura. Tra le strutture polispecialistiche saranno considerato solo le più complesse, quelle che hanno cioè almeno 6 delle suddette specialità. Il punteggio medio minimo che permetterà di accedere alla funzione di eccellenza dovrà essere di almeno 70/100. Tra le strutture di tipo monospecialistico, ovvero con la presenza di almeno una sola delle suddette specialità, il punteggio minimo che permetterà di accedere alla funzione di eccellenza dovrà essere di almeno 80/100. Il finanziamento consisterà in un incremento del fatturato delle UUOO prese in considerazione, proporzionale alla somma stanziata dalla presente delibera;
- d. fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
- e. fino a 68 milioni di Euro per il fondo maggiori ricoveri che verrà ripartito tra le ASL con successivo provvedimento della Direzione Generale Sanità;
- f. fino a 25 milioni di Euro per il fondo maggiori consumi di prestazioni ambulatoriali che verrà ripartito tra le ASL con successivo provvedimento della Direzione Generale Sanità;
- g. fino a 25 milioni di Euro per il fondo da destinare all'altitudine ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali sulla base della popolazione residente oltre i 1000 metri di altezza s.l.m. come da tabella 3 parte integrante del presente provvedimento;
- h. 330 milioni di Euro per il pagamento dei ricoveri attivi, per cittadini non lombardi, agli erogatori situati sul territorio della Lombardia; tale importo rappresenta il saldo rispetto ai ricoveri e alle altre prestazioni passive a carico delle rispettive ASL di cittadini lombardi che usufruiscono di prestazioni al di fuori della Regione Lombardia;
- i. 1.121 milioni di Euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata;
- j. fino a 16 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale;
- k. 782 milioni di Euro quale fondo regionale per dare attuazione alle misure previste dal PSSR in materia di revisione della rete ospedaliera e dei poliambulatori, di progetti innovativi e di psichiatria, per contribuire al riequilibrio dei tetti di specialistica e di ricovero nei limiti della compatibilità finanziaria del sistema, per riequilibrare gli effetti della determinazione del tetto regionale della farmaceutica, in particolare per l'applicazione delle disposizioni in materia di doppio canale e di primo ciclo terapeutico, per i progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, oltre che per fare fronte al previsto rinnovo degli accordi collettivi nazionali dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta;
- l. fino a 40 milioni di euro quale fondo regionale, stimato sulla base dei dati storici in attesa degli specifici provvedimenti ministeriali di assegnazione, relativo alle quote di EX FSN definite vincolate; tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;
- m. fino a 35 milioni di euro quale accantonamento teso a sviluppare e coordinare a livello regionale le campagne di screening sulla popolazione lombarda promosse dalle singole ASL della Regione;

- n. fino a 48,5 milioni di Euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
 - o. 8.929,5 milioni di Euro ripartiti fra le ASL in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza utilizzando per ogni livello i seguenti criteri allineati a quelli utilizzati per il riparto in sede nazionale:
 - 1° livello: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (5%): quota capitaria per popolazione assistita ponderata con radice cubica del tasso standardizzato di mortalità;
 - 2° livello: assistenza distrettuale (50%): questo livello è stato separato in quattro sotto livelli:
 - a) medicina generale e pediatria, guardia medica e altra assistenza: quota capitaria per popolazione assistita (50%) e quota capitaria per popolazione ponderata con l'indice di densità abitativa (50%);
 - b) assistenza farmaceutica territoriale: per definire questa quota saranno definiti tetti obiettivo per ASL sulla base dei costi pro-capite registrati nel corso dell'anno 2002 tenendo conto dell'effetto dell'introduzione dei ticket;
 - c) assistenza specialistica ambulatoriale: per definire questa quota sono stati utilizzati i criteri di definizione del tetto per ASL;
 - d) assistenza socio sanitaria integrata: sono state accantonate le risorse necessarie da assegnare con provvedimento della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale;
 - 3° livello: assistenza ospedaliera (45%): per definire questa quota sono stati utilizzati i criteri di definizione del tetto per ASL;
3. di precisare che, sulla base dei cittadini assistiti non ponderati, la quota capitaria riferita alla sanità è pari a 961 Euro;
 4. di precisare che la quota capitaria sarà assegnata ad ogni singola ASL con il Decreto interdirezionale di definizione degli obiettivi economici in coerenza con i criteri sopradescritti tenendo conto della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2003;
 5. di stabilire, sulla base dell'andamento dell'attività dell'esercizio in corso:
 - a) il tetto regionale per l'attività di ricovero in 4.310 milioni di Euro, ripartendolo fra le ASL come da tabella n. 2 allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, di cui, con questo atto, si approva integralmente il contenuto. Dei predetti 4.310 milioni di Euro fanno parte 68 milioni di Euro del Fondo Maggiori Consumi che vengono sottratti e ripartiti in funzione dei consumi di ricoveri in strutture extra Regione Lombardia e dei maggiori consumi di ricoveri che si verificano in alcune ASL. In particolare ai predetti 68 milioni di Euro partecipano le ASL con consumi di ricoveri che comportino un abbattimento tariffario superiore alla media regionale, in maniera che detta decurtazione non scenda, comunque, sotto alla media regionale stessa;
 - b) il tetto regionale per l'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale in 1.165 milioni di Euro, ripartendola fra le ASL come da tabella 2 sopra citata, tenendo conto dei consumi storici e attesi della ASL di riferimento. Del tetto definito fanno parte 25 milioni di Euro che vengono sottratti e ripartiti in funzione dei consumi in strutture extra Regione Lombardia e dei maggiori consumi che si verificano in alcune ASL. Il tetto sopra definito non comprende le attività di screening e di neuropsichiatria infantile che dovranno comunque essere documentate attraverso i flussi informativi in essere;
 - c) il tetto regionale per la spesa farmaceutica territoriale, 13 % della spesa sanitaria ai sensi della legge 16 novembre 2001 n. 405, in 1.656 milioni di Euro e quindi a modifica del tetto definito con la DGR n. 10805/02 e con contestuale revoca della tabella 2 della DGR n. 10805/02, precisando che nuove indicazioni alle singole ASL in materia saranno fornite con i Decreti interdirezionali di determinazione degli obiettivi economici tenendo conto dei consumi procapite dell'anno 2002 e di una riduzione dello scarto dalla media regionale;
 6. di revocare i punti 9, 10 e 12 del dispositivo della DGR n. 10805/02 relativi ai Piani di assunzione 2003 e ai criteri utilizzati per la definizione degli obiettivi di costo, in materia di personale e di beni e servizi, in quanto è necessaria una loro riconsiderazione alla luce delle normative nazionali successivamente emanate;
 7. di stabilire che relativamente al personale dipendente sarà perseguito l'obiettivo generale di razionalizzazione della spesa del personale, in riduzione del 1% rispetto ai costi del 2002, tale da

garantire un suo tendenziale contenimento strutturale; in tale obiettivo dovranno essere ricompresi i piani di assunzione da presentare ai sensi dell'art. 4 L.R. n. 26/01 e in linea con la L. 289/02 e con i conseguenti provvedimenti nazionali in corso di definizione; per quanto riguarda il personale a rapporto di lavoro autonomo, temporaneo e altre forme di collaborazione sarà definito un obiettivo coerente con il disposto della L. 289/02;

8. di stabilire che relativamente ai beni e servizi per ogni azienda sarà formulato un obiettivo specifico tenendo conto dell'andamento negli ultimi anni di questa tipologia di spesa in relazione alle reali necessità di produzione;
9. di stabilire pertanto che gli obiettivi di costo definiti con la citata DGR n. 10805/02 possano essere rivisti e modificati anche in decremento in relazione agli effetti delle nuove disposizioni normative emanate successivamente all'approvazione della suddetta deliberazione, alla luce dei dati comunicati dalle Aziende quale chiusura contabile al IV trimestre 2002 e dei criteri definiti ai punti precedenti;
10. di stabilire che gli obiettivi di costo e di risultato definitivi, coerenti con quanto disposto dalla presente deliberazione, saranno determinati con appositi Decreti interdirezionali a firma dei Direttori Generali Sanità, Famiglia e solidarietà sociale e Risorse finanziarie e bilancio per le Aziende sanitarie Locali e a firma dei Direttori Generali Sanità e Risorse finanziarie e bilancio per le Aziende Ospedaliere;
11. di integrare, come previsto dal PSSR, l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori con l'indicazione dei volumi delle prestazioni, la tipologia e le tariffe delle stesse. Tale integrazione allo schema tipo di contratto deve essere composta tenendo presente che gli obiettivi prioritari da perseguire sono quelli di promuovere e garantire ai cittadini l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni rese utilizzando al meglio le risorse disponibili. L'istituto contrattuale deve inoltre servire per ridurre le attuali quote di abbattimento che attualmente rappresentano un indicatore del livello di inappropriatezza del sistema. In questo modo oltre che a garantire più alti livelli qualitativi delle prestazioni erogate al cittadino, le strutture erogatrici potranno operare in un contesto di maggior certezza finanziaria;
12. di stabilire in materia di contratto tra ASL e strutture erogatrici:
 - di dare mandato alla Direzione Generale Sanità per definire le linee guida per l'applicazione operativa dell'istituto contrattuale;
 - che la contrattazione tra ASL e strutture erogatrici attiene a tutta la produzione erogata dalle strutture ubicate nel territorio della ASL e non solo la quota relativa ai consumi dei propri residenti;
 - che per quanto riguarda il livello economico i pazienti extra regionali e gli stranieri non regolarizzati verranno remunerati a produzione effettiva;
 - che venga specificata, nello schema tipo di contratto, la modalità di controllo e di verifica dell'appropriatezza generica e specifica delle prestazioni rese prevedendo in particolare puntuali controlli per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza indicati all'allegato 2 C del DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
 - che siano definite modifiche tariffarie incentivanti la qualità delle prestazioni e della loro erogazione;
 - che con successivo Decreto del Direttore Generale Sanità saranno approvate le integrazioni contrattuali previste dalle ASL;
 - Che la casistica di ricovero e cura sarà rappresentata in sei classi (dh medico, dh chirurgico, medici ad alto peso, medici a basso peso, chirurgici ad alto peso, chirurgici a basso peso) utilizzando come valore mediano per la casistica medica ordinaria €1.751 e per la casistica chirurgica ordinaria €2.160. Si dovrà prevedere un monitoraggio dell'andamento del mix nel corso dell'anno definendo dei disincentivi rispetto ad una sua variazione significativa nel senso di una minore complessità delle attività.
 - Che il raggiungimento del budget assegnato per le attività di ricovero sarà valutato valorizzando i volumi delle prestazioni di ricovero erogate nel corso del 2003 applicando le tariffe in vigore nel periodo di svolgimento delle stesse.
 - Che compito principale ed irrinunciabile della ASL sarà quello di definire un contenuto appropriato del suddetto budget individuando e concordando a priori variazioni tariffarie per le prestazioni consumate in eccesso rispetto allo standard regionale e per i 43 DRG contenuti nell'allegato 2C del DPCM dei LEA e definendo le modalità più appropriate di erogazione delle prestazioni per cui rappresenta ormai un'evidenza l'erogabilità in regime di day hospital / day surgery.

- Che per quanto riguarda le attività di specialistica ambulatoriale sarà definito, per singolo presidio di erogazione o per azienda nel caso in cui più presidi costituiscano l'offerta di un unico soggetto giuridico, un budget di prestazioni utilizzando come base di calcolo dello stesso le prestazioni erogate nel corso del 2002, considerato il rateo mensile di attività. Il predetto budget rappresenterà al massimo il 95% dei volumi erogati nel corso del 2002; le prestazioni di dialisi e di radioterapia saranno conteggiate senza considerare abbattimenti tariffari. Il restante 5% delle disponibilità definite su base regionale per le attività di specialistica ambulatoriale sarà assegnato a fine esercizio applicando degli abbattimenti tariffari progressivi alle prestazioni eccedenti rispetto al budget individuato per i singoli soggetti erogatori.
 - Dovranno essere individuate delle modalità di monitoraggio del contratto finalizzate a valutare nel corso dell'anno i tempi di attesa di prestazioni "sentinella" che saranno individuate in sede di negoziazione e che rappresenteranno un parametro di valutazione delle strutture. Dovranno essere previste nell'integrazione contrattuale delle penalizzazioni economiche nel caso in cui i suddetti tempi di attesa dovessero variare in modo significativo nel corso dell'anno.
 - I soggetti erogatori di diritto pubblico dovranno esplicitare le azioni che intenderanno intraprendere per promuovere al loro interno un utilizzo appropriato della possibilità di autoprescrivere prestazioni di ricovero e di specialistica, nel caso in cui le regole vigenti lo permettessero.
 - L'efficacia economica delle attività di controllo sarà rappresentata da una riduzione del valore delle prestazioni sanitarie per le quali, quindi, le attività di controllo andranno a variare il finanziamento.
13. di stabilire che le plusvalenze realizzate da alienazioni di cespiti dovranno essere destinate secondo indirizzi coerenti con la compatibilità complessiva del Sistema sanitario regionale;
 14. di stabilire che gli obiettivi economici definiti con i Decreti interdirezionali sono da considerare anche come limite invalicabile di costi;
 15. di rinviare ad apposito provvedimento della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale il riparto alle ASL dei fondi riservati all'assistenza socio-sanitaria integrata, determinati sin d'ora in 1.121 milioni di Euro.
Inoltre con successiva intesa tra le Direzioni Generali Sanità, Famiglia e Solidarietà Sociale e Risorse Finanziarie e Bilancio sarà definita la quota relativa ai costi del Dipartimento ASSI;
 16. di approvare il contenuto delle tabelle, allegate al presente provvedimento, n. 1, relativa alla determinazione della quota capitaria, e n. 4, relativa alla ripartizione in sintesi del F.S.R., quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 17. di precisare che il contenuto del presente provvedimento possa essere riconsiderato anche in relazione agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'accordo 8 agosto 2001 sopra richiamato;
 18. di stabilire altresì, in continuità con l'anno 2002, che in attesa della ridefinizione delle tariffe relative alla produzione degli emocomponenti per ogni unità di sangue intero (in sacca multipla con soluzione additiva di 450 ml +/- il 10%) e classificata prodotta dalle Aziende ed Enti sanitari autorizzati sarà riconosciuta una quota aggiuntiva pari a euro 36 attraverso il finanziamento relativo alle funzioni non tariffate;
 19. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 26/01, rispettino puntualmente i tempi di invio e si attengano scrupolosamente alle linee guida in materia contabile emanate dalla Direzione Generale Sanità, prefigurando in ogni trimestre il reale andamento gestionale a fine anno, al fine di consentire un preciso monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria regionale;

20. di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti e, in particolare, quanto disposto con la DGR n. 10805/02;

21. di stabilire per l'anno 2002 che il riconoscimento e la relativa erogazione dell'incentivo economico correlato al raggiungimento dell'obiettivo economico da parte dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche possa avvenire esclusivamente dopo l'adozione della delibera del Bilancio d'esercizio 2002;

22.

A. di modificare, a partire dal 10 marzo 2003, l'allegato A, parte integrante e sostanziale della D.G.R. n. VII/11534 del 10 dicembre 2002, per quanto concerne i pazienti esenti per patologia o condizione individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001, e le categorie affette da malattie rare, individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001, definendo la quota loro spettante in 1 Euro per confezione con un tetto massimo per ricetta di 3 Euro per i farmaci correlati alla propria patologia;"

B. di estendere l'esenzione dal pagamento della quota di compartecipazione alla spesa farmaceutica, prevista dall'allegato A alla D.G.R. 11534, alle seguenti categorie di assistiti:

- gli assistiti, a cui siano prescritti i farmaci analgesici oppiacei, utilizzati nella terapia del dolore severo di cui alla Legge n. 12/2001, per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni,
- soggetti rientranti nell'Accordo vigente tra Regione Lombardia e Ministero di Grazia e Giustizia;
- gli ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia;
- gli infortunati sul lavoro per il periodo della durata dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse, purchè indicato sulla prescrizione medica;
- titolari di pensioni al minimo di età superiore ai sessant'anni, e familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore 8.263,31 € incrementato fino a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,45 € per ogni figlio a carico;
- ciechi e sordomuti;

C. di ridurre la quota di partecipazione sull'assistenza farmaceutica ad 1 euro per confezione fino ad un massimo di 3 euro per ricetta nei casi previsti dall'art.9, comma 3, della legge 405/2001 per le seguenti categorie di assistiti:

- gli invalidi civili con percentuale superiore ai 2/3 o con assegno di accompagnamento,
- gli invalidi del lavoro con percentuale superiore ai 2/3;

D. di esentare dal pagamento della quota di rimborso di cui all'allegato B della D.G.R. n. VII/11534 del 10 dicembre 2002, gli assistiti con età inferiore a 6 anni e quelli con età superiore a 75 anni, e ciò a partire dal 10 marzo 2003;

23.

-di stabilire, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario del sistema, che a decorrere dal 10 marzo 2003, l'importo massimo, per ricetta, per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale è ridefinito in 46 Euro;

- di disporre l'attivazione di un tavolo tecnico di confronto con le OOSS confederali regionali, e con il contributo di tutti i soggetti interessati (medici, operatori del comparto, associazioni utenti, associazioni scientifiche etc) per definire un'ipotesi di contribuzione eventualmente modificativa delle attuali, al fine di garantire, se possibile, una più idonea tutela dei cittadini dell'area della fragilità sociale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie del sistema. Qualora i lavori del tavolo definissero intese ulteriormente migliorative e/o modificative, nonché compatibili con gli equilibri economici, le stesse saranno recepite con successivo provvedimento di Giunta Regionale;

24. di stabilire che il tetto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale relativo all'anno 2003 dovrà tenere conto dell'effetto derivante dall'applicazione del presente provvedimento;

25. di applicare, per le motivazioni indicate nelle premesse del presente provvedimento che qui s'intendono integralmente riportate nonché secondo le indicazioni ivi descritte, con **decorrenza dalle dimissioni ospedaliere del 5 marzo 2003**, le tariffe riportate nell' allegato 5, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per il pagamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera, rese da soggetti pubblici o privati accreditati, individuate quali episodi di ricovero - documentati dalla scheda di dimissione ospedaliera di cui al D.M. 28 dicembre 1991 e al D.P.G.R. n. 47640 del 24 novembre 1999 e specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG/ROD) di cui al D.M. 15 aprile 1994;
26. di stabilire:
- che il costo per punto DRG rimanga inalterato e pari a Euro 2.618,44=;
 - la differenziazione delle tariffe DRG, in termini di maggiorazione o riduzione, per le Aziende dotate di EAS o DEA o prive di PS, EAS o DEA in ragione della complessità clinico-organizzativa della rete di emergenza-urgenza, secondo quanto riportato in premessa, come segue:
 - per le strutture con DEA o EAS accreditato ed attivato, anche nel corso del 2003, con decorrenza dalla data di effettiva attivazione, le tariffe dei ricoveri per acuti sono quelle dell'allegato 5 ad eccezione di quelle relative ai ricoveri ordinari per acuti maggiori di 1 giorno, rappresentativi di una casistica complessa, aventi un valore superiore a Euro 2.160 per i ricoveri chirurgici e a Euro 1.751 per i ricoveri medici, valori mediani di riferimento della casistica regionale che sono incrementate del 5% rispetto al nuovo tariffario riportato in allegato 5;
 - per le strutture dotate di PS accreditato e attivato anche nel corso del 2003, con decorrenza dalla data di effettiva attivazione le tariffe di tutte le attività di ricovero sono quelle dell'allegato 1 senza variazioni;
 - per le strutture prive di PS, DEA o EAS accreditato e attivato, le tariffe di tutte le attività di ricovero per acuti, ordinarie e di day hospital, sono ridotte del 3% rispetto al nuovo tariffario riportato in allegato 5;
 - che il presente provvedimento non si applichi alle prestazioni sanitarie erogate in area riabilitativa, che restano pertanto valorizzate secondo il tariffario attualmente in vigore, in attesa del riordino della rete riabilitativa disposto dal PSSR 2002-2004;
 - che non si proceda, secondo le modalità previste dall'allegato 3 alla D.G.R. 3 agosto 2000, n. VII/941, alla distribuzione del fondo annuale previsto per la incentivazione della qualità dell'assistenza erogata in ricovero ordinario dalle strutture di ricovero e cura dotate di UO accreditate di riabilitazione, nelle more del riordino della rete riabilitativa disposto dal PSSR 2002-2004, in attesa di ulteriore atto deliberativo per l'erogazione di fondi incentivanti la qualità in riabilitazione;
 - che rimangano invariati gli effetti dei precedenti atti relativi a tariffe e modalità di rimborso non esplicitamente citati nel presente provvedimento;
27. di stabilire altresì che il sistema tariffario oggetto del presente atto è suscettibile di verifiche e rettifiche, in seguito all'analisi dell'impatto complessivo sui volumi, sui costi di produzione e sulla qualità delle prestazioni erogate, e che il monitoraggio sul sistema tariffario così indicato sarà compiuto dalle Unità Operative preposte della DG Sanità;
28. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale, ai fini della notifica a tutti i soggetti interessati e sul sito web della D.G. Sanità ai fini della diffusione del provvedimento

IL SEGRETARIO

Tab. 1 - Determinazione delle disponibilità per la quota capitaria 2003 (milioni di euro)

N°	VOCI	IMPORTO EURO 2003
1	FSR provvisorio	12.211,00
2	- spese dirette regionali	125,00
3	- funzioni non tariffate	560,00
4	- funzioni di eccellenza delle strutture sanitarie	26,00
5	- oneri per assistenza ai pazienti dimessi dagli ex O.P.	80,00
6	- fondo maggiori consumi di ricoveri	68,00
7	- fondo maggiori consumi ambulatoriale	25,00
8	- altitudine	25,00
9	- saldo mobilità interregionale	330,00
10	- ASSI	1.121,00
11	- fondo regionale per l'attuazione del PSSR in materia di revisione della rete dei servizi e per il rinnovo delle convenzioni dei MMG e PLS	782,00
12	- obiettivi di Piano Sanitario Nazionale	16,00
13	- fondo spese vincolate da FSN	40,00
14	- fondo sviluppo e coordinamento campagne di screening	35,00
15	- accantonamento per finanziamento ARPA	48,50
16	Disponibilità complessive per la quota capitaria	8.929,50

Tab. 2 - Tetti per ASL riferiti alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali (unità di euro).

ASL	Popolazione assistita al 22/02/03	Tetto per ricoveri	Tetto per specialistica
	assoluta	4.310 milioni di euro compresi fuori regione	1.165 milioni di euro compresi fuori regione
ASL DI BERGAMO	997.315	427.573.000,00	110.170.000,00
ASL DI BRESCIA	1.044.054	495.329.000,00	126.275.000,00
ASL DI COMO	547.472	238.963.000,00	65.362.000,00
ASL DI CREMONA	340.850	163.270.000,00	44.330.000,00
ASL DI LECCO	317.797	135.050.000,00	34.981.000,00
ASL DI LODI	210.545	102.213.000,00	24.301.000,00
ASL DI MANTOVA	380.946	193.660.000,00	39.665.000,00
ASL DI CITTA' DI MILANO	1.331.484	638.228.000,00	195.914.000,00
ASL DI MILANO 1	947.252	407.460.000,00	106.162.000,00
ASL DI MILANO 2	528.516	228.549.000,00	62.712.000,00
ASL DI MILANO 3	1.034.255	463.215.000,00	133.837.000,00
ASL DI PAVIA	505.213	254.407.000,00	67.591.000,00
ASL DI SONDRIO	176.854	80.619.000,00	18.860.000,00
ASL DI VARESE	831.983	366.571.000,00	99.363.000,00
ASL DI VALLECAMONICA	96.622	46.893.000,00	10.477.000,00
TOTALI	9.291.158	4.242.000.000,00	1.140.000.000,00

Nota: per i ricoveri nella tabella sono ripartiti 4.242 milioni di euro (4.310 - 68 (fondo maggiori consumi di ricovero) = 4.242) in base ai consumi attesi da standard regionali per età e per sesso. I 68 milioni di euro verranno ripartiti fra le ASL con abbattimenti superiori alla media regionale. Nel contempo, le ASL che partecipano al Fondo non possono avere abbattimenti inferiori a detta percentuale..

Nota: per le prestazioni ambulatoriali nella tabella sono ripartiti 1.140 milioni di euro (1.165 - 25 (fondo maggiori consumi di prestazioni ambulatoriali) = 1.140) in base ai consumi attesi da standard regionali per età e per sesso. I 25 milioni di euro verranno ripartiti fra le ASL con abbattimenti superiori alla media regionale. Nel contempo, le ASL che partecipano al Fondo non possono avere abbattimenti inferiori a detta percentuale.

Tab. 3 - Finanziamento per ASL della quota per altitudine (unità di euro).

ASL	Quota in base all'altitudine 25 milioni di euro
ASL DI BERGAMO	4.895.000,00
ASL DI BRESCIA	1.650.000,00
ASL DI COMO	1.365.000,00
ASL DI CREMONA	-
ASL DI LECCO	2.400.000,00
ASL DI LODI	-
ASL DI MANTOVA	-
ASL DI CITTA' DI MILANO	-
ASL DI MILANO 1	-
ASL DI MILANO 2	-
ASL DI MILANO 3	-
ASL DI PAVIA	152.000,00
ASL DI SONDRIO	10.433.000,00
ASL DI VARESE	40.000,00
ASL DI VALLECAMONICA	4.066.000,00
TOTALI	25.000.000,00

Tab. 4 - Schema di sintesi della ripartizione del F.S.R. 2003	
VOCI	IMPORTI EURO 2003
Quota capitaria (compresa altitudine)	8.954,50
Funzioni non tariffate	560,00
Funzioni di eccellenza delle aziende sanitarie	26,00
Fondo regionale per l'attuazione del PSSR in materia di revisione della rete dei servizi e per il rinnovo delle convenzioni dei MMG e PLS	782,00
Fondo (ASL) maggiori consumi di ricoveri	68,00
Fondo (ASL) maggiori consumi di ambulatoriale	25,00
Oneri per assistenza ai pazienti dimessi dagli ex O.P.	80,00
Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale	16,00
Fondo spese vincolate da FSN	40,00
Fondo sviluppo e coordinamento campagne di screening	35,00
Spese dirette regionali	125,00
Accantonamento per finanziamento ARPA	48,50
TOTALE	10.760,00
ASSI	1.121,00
Saldo mobilità interregionale	330,00
TOTALE A PAREGGIO CON LE DISPONIBILITA'	12.211,00
Nota: milioni di euro	

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
001	Craniotomia eta' >17 escl. per traumatismo	7.092,00	9.456,00	284,00	39
002	Craniotomia eta' >17 per traumatismo	7.231,00	9.642,00	442,00	26
003	Craniotomia eta' < 18	6.842,00	9.123,00	262,00	60
004	Int. su midollo spinale	5.453,00	7.271,00	276,00	21
005	Int. su vasi extracranici	2.832,00	3.776,00	190,00	16
006	Decompressione tunnel carpale	854,00	1.139,00	228,00	4
007	Int. su nervi e altri int. sist. nervoso con CC	5.054,00	6.738,00	222,00	40
008	Int. su nervi e altri int. sist. nervoso senza CC				
	<i>Int. su nervi e altri int. sist. nervoso senza CC</i>	1.373,00	1.830,00	177,00	14
	<i>Int. su nervi e altri int. sist. nervoso in radiocirurgia fotonica multisorgente</i>	5.054,00	6.738,00	222,00	40
009	Mal. e traumatismi midollo spinale	238,00	3.348,00	165,00	31
010	Neoplasie sist. nervoso con CC	178,00	3.361,00	134,00	34
011	Neoplasie sist. nervoso senza CC	145,00	2.015,00	116,00	26
012	Mal. degenerative sist. nervoso	172,00	2.501,00	111,00	23
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	179,00	2.183,00	114,00	20
014	Mal. cerebrovascolari specifiche escl. TIA	183,00	3.184,00	132,00	30
015	TIA e occlusioni precerebrali	162,00	1.867,00	107,00	21
016	Mal. cerebrovascolari aspecifiche con CC	186,00	2.903,00	128,00	25
017	Mal. cerebrovascolari aspecifiche senza CC	133,00	1.682,00	86,00	20
018	Mal. nervi cranici e periferici con CC	150,00	2.401,00	111,00	25
019	Mal. nervi cranici e periferici senza CC	135,00	1.560,00	108,00	22
020	Infez. sist. nervoso escl. meningite virale	293,00	6.171,00	240,00	40
021	Meningite virale	278,00	3.799,00	255,00	20
022	Encefalopatia ipertensiva	174,00	1.901,00	113,00	27
023	Stupore e coma non traumatico	121,00	2.147,00	109,00	24
024	Convulsioni e cefalea, eta' > 17 con CC	195,00	2.544,00	150,00	21
025	Convulsioni e cefalea, eta' > 17 senza CC	148,00	1.424,00	109,00	17
026	Convulsioni e cefalea, eta' < 18	341,00	2.424,00	300,00	11
027	Stupore e coma traumat.,coma > 1 h	209,00	3.599,00	139,00	31
028	Stupore e coma traumat.,coma <1 h,eta'>17 con CC	218,00	3.196,00	212,00	31
029	Stupore e coma traumat.,coma <1 h,eta'>17 senza CC	175,00	1.541,00	167,00	18
030	Stupore e coma traumat.,coma < 1 h, eta' < 18	190,00	903,00	166,00	4
031	Commozione cerebrale, eta' > 17 con CC	199,00	2.018,00	179,00	19
032	Commozione cerebrale, eta' > 17 senza CC	163,00	1.120,00	143,00	10
033	Commozione cerebrale, eta' < 18	168,00	690,00	100,00	4
034	Altre mal. sist. nervoso con CC	164,00	2.996,00	116,00	41
035	Altre mal. sist. nervoso senza CC	132,00	1.464,00	94,00	20
036	Int. su retina	1.311,00	1.748,00	116,00	12
037	Int. su orbita	1.548,00	2.064,00	162,00	20
038	Int. primari su iride	757,00	1.009,00	103,00	16
039	Int. su cristallino con o senza vitrectomia	916,00	1.221,00	193,00	4
040	Int. extraoculari escl. orbita, eta' > 17	1.011,00	1.348,00	195,00	4
041	Int. extraoculari escl. orbita, eta' < 18	700,00	933,00	207,00	4
042	Int. intraoculari escl. retina,iride e cristallino	1.172,00	1.563,00	125,00	9
043	Ifema	168,00	1.012,00	138,00	13
044	Infez. acute maggiori occhio	173,00	1.676,00	109,00	26
045	Mal. neurologiche occhio	156,00	1.568,00	134,00	20
046	Altre mal. occhio, eta' > 17 con CC	147,00	1.890,00	202,00	20
047	Altre mal. occhio, eta' > 17 senza CC	149,00	1.160,00	121,00	15
048	Altre mal. occhio, eta' < 18	162,00	1.128,00	132,00	13
049	Int. maggiori su capo e su collo	3.337,00	4.449,00	108,00	46
050	Sialoadenectomia	1.437,00	1.917,00	116,00	11
051	Int. su ghiandole salivari escl. sialoadenectomia	1.233,00	1.644,00	200,00	20
052	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	1.544,00	2.058,00	155,00	14
053	Int. su seni e mastoide, eta' > 17	1.421,00	1.895,00	167,00	9
054	Int. su seni e mastoide, eta' < 18	1.374,00	1.831,00	147,00	20
055	Miscellanea int. su orecchio, naso, bocca e gola	1.074,00	1.432,00	166,00	4
056	Rinoplastica	1.211,00	1.615,00	192,00	4
057	Int. su tonsille e adenoidi, eta' > 17	1.494,00	1.992,00	278,00	4

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
058	Int. su tonsille e adenoidi, eta' < 18	623,00	831,00	160,00	7
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' > 17	806,00	1.074,00	188,00	4
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta' < 18	525,00	700,00	166,00	4
061	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' > 17	1.522,00	2.030,00	268,00	10
062	Miringotomia con inserzione di tubo, eta' < 18	621,00	828,00	144,00	2
063	Altri int. su orecchio, naso, bocca e gola	2.048,00	2.731,00	198,00	15
064	T.M. orecchio, naso, bocca e gola	253,00	3.151,00	163,00	23
065	Alterazioni dell'equilibrio	139,00	1.237,00	99,00	15
066	Epistassi	189,00	1.228,00	143,00	11
067	Epiglottidite	349,00	2.206,00	230,00	13
068	Otite m., infez. vie respir. sup., eta' > 17 con CC	169,00	1.890,00	132,00	23
069	Otite m., infez. vie respir. sup., eta' > 17 senza CC	162,00	1.257,00	133,00	10
070	Otite m., infez. vie respir. sup., eta' < 18	309,00	1.604,00	214,00	9
071	Laringotracheite	348,00	1.806,00	341,00	5
072	Traumatismi e deformita' naso	333,00	1.530,00	215,00	4
073	Altre dia. orecchio, naso, bocca, gola, eta' > 17	245,00	1.970,00	219,00	13
074	Altre dia. orecchio, naso, bocca, gola, eta' < 18	175,00	874,00	124,00	9
075	Int. maggiori sul torace	8.720,00	11.626,00	301,00	31
076	Altri int. su app. respiratorio con CC	5.858,00	7.811,00	209,00	49
077	Altri int. su app. respiratorio senza CC	2.004,00	2.673,00	126,00	37
078	Embolia polmonare	181,00	3.757,00	131,00	33
079	Infez. e infiamm. respiratorie, eta' > 17 con CC	187,00	4.585,00	118,00	45
080	Infez. e infiamm. respiratorie, eta' > 17 senza CC	110,00	2.518,00	57,00	42
081	Infez. e infiamm. respiratorie, eta' < 18	231,00	3.225,00	135,00	27
082	Neoplasie app. respiratorio	197,00	3.354,00	164,00	36
083	Traumi maggiori torace con CC	207,00	2.485,00	208,00	18
084	Traumi maggiori torace senza CC	226,00	1.202,00	140,00	12
085	Versamento pleurico con CC	176,00	3.134,00	121,00	31
086	Versamento pleurico senza CC	113,00	1.757,00	75,00	28
087	Edema polmonare e insuff. respiratoria	202,00	3.026,00	183,00	27
088	Malattia polmonare cronico-ostruttiva	193,00	2.603,00	134,00	21
089	Polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 con CC	172,00	3.033,00	121,00	29
090	Polmonite semplice e pleurite, eta' > 17 senza CC	130,00	1.913,00	89,00	21
091	Polmonite semplice e pleurite, eta' < 18	267,00	2.175,00	172,00	15
092	Malattia polmonare interstiziale con CC	187,00	3.135,00	135,00	31
093	Malattia polmonare interstiziale senza CC	151,00	2.022,00	122,00	26
094	Pneumotorace con CC	198,00	3.345,00	146,00	26
095	Pneumotorace senza CC	175,00	1.564,00	123,00	16
096	Bronchite e asma, eta' > 17 con CC	180,00	2.330,00	132,00	21
097	Bronchite e asma, eta' > 17 senza CC	155,00	1.621,00	112,00	17
098	Bronchite e asma, eta' < 18	320,00	2.336,00	243,00	12
099	Segni e sintomi respiratori con CC	139,00	1.996,00	98,00	29
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	131,00	1.322,00	92,00	16
101	Altre dia. app. respiratorio con CC	159,00	2.392,00	114,00	23
102	Altre dia. app. respiratorio senza CC	139,00	1.421,00	110,00	15
103	Trapianto cardiaco	29.000,00	38.666,00	629,00	73
104	Int. valvole cardiache con cateterismo cardiaco	16.292,00	21.723,00	791,00	30
105	Int. valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	12.250,00	16.334,00	717,00	26
106	Bypass coronarico con PTCA	12.666,00	16.888,00	529,00	45
107	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	11.891,00	15.855,00	529,00	28
108	Altri int. cardiotoracici	12.341,00	16.455,00	715,00	27
109	Bypass coronarico senza PTCA o cateterismo cardiaco	8.899,00	11.866,00	707,00	18
110	Int. maggiori su sist. cardiovascolare con CC	9.428,00	12.571,00	389,00	36
111	Int. maggiori su sist. cardiovascolare senza CC	5.307,00	7.076,00	250,00	22
113	Amputaz. per mal.circol. escl.arto sup.,dita piede	5.711,00	7.616,00	171,00	67
114	Amputaz. arto sup., dita piede per mal. circol.	3.134,00	4.178,00	104,00	52
115	Pacemaker perm. con IMA, insuff. cardiaca o shock o AICD o generatore impulsi	8.336,00	11.114,00	447,00	31
116	Altri int. Pacemaker permanente con altre pat.	5.683,00	7.576,00	461,00	19
117	Revisione di pacemaker cardiaco escl. sostituzione	2.409,00	3.211,00	217,00	33
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	3.114,00	4.152,00	412,00	4
119	Legatura e stripping di vene	1.326,00	1.769,00	306,00	4

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
120	Altri int. su app. circolatorio	4.379,00	5.838,00	210,00	43
121	Mal.cardiovasc. con IMA e compl. card.,vivi	247,00	4.303,00	178,00	25
122	Mal.cardiovasc. con IMA senza compl. card.,vivi	248,00	3.503,00	147,00	17
123	Mal.cardiovasc. con IMA, deceduti	419,00	4.391,00	450,00	30
124	Mal.cardiovasc. escl.IMA con catet.,dia. compl.	501,00	3.213,00	199,00	25
125	Mal.cardiovasc. escl.IMA con catet.,dia. no compl.	491,00	1.987,00	215,00	9
126	Endocardite acuta e subacuta	291,00	8.762,00	212,00	102
127	Insufficienza cardiaca e shock	188,00	2.791,00	136,00	24
128	Tromboflebite vene profonde	137,00	2.062,00	100,00	23
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	247,00	3.360,00	240,00	39
130	Mal. vascolari periferiche con CC	169,00	2.622,00	112,00	34
131	Mal. vascolari periferiche senza CC	131,00	1.612,00	93,00	27
132	Aterosclerosi con CC	145,00	2.087,00	101,00	24
133	Aterosclerosi senza CC	126,00	1.433,00	87,00	17
134	Ipertensione	143,00	1.525,00	100,00	18
135	Mal. cardiache congenite e valv.,eta' >17 con CC	195,00	2.258,00	134,00	21
136	Mal. cardiache congenite e valv.,eta' >17 senza CC	143,00	1.489,00	99,00	16
137	Mal. cardiache congenite e valv.,eta' < 18	218,00	1.678,00	183,00	12
138	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca con CC	204,00	2.230,00	143,00	19
139	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca senza CC	161,00	1.419,00	114,00	14
140	Angina pectoris	161,00	1.758,00	104,00	18
141	Sincope e collasso con CC	152,00	1.832,00	119,00	23
142	Sincope e collasso senza CC	146,00	1.362,00	109,00	21
143	Dolore toracico	184,00	1.420,00	135,00	13
144	Altre dia. app. circolatorio con CC	213,00	2.928,00	130,00	27
145	Altre dia. app. circolatorio senza CC	165,00	1.765,00	111,00	21
146	Resezione rettale con CC	6.744,00	8.993,00	158,00	41
147	Resezione rettale senza CC	3.603,00	4.803,00	106,00	35
148	Int. maggiori intestino crasso e tenue con CC	8.993,00	11.991,00	230,00	48
149	Int. maggiori intestino crasso e tenue senza CC	2.936,00	3.914,00	116,00	42
150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	5.592,00	7.455,00	269,00	36
151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	2.334,00	3.112,00	167,00	29
152	Int. minori su intestino crasso e tenue con CC	3.657,00	4.876,00	153,00	46
153	Int. minori su intestino crasso e tenue senza CC	2.150,00	2.866,00	144,00	33
154	Int. esofago,stomaco e duodeno, eta' >17 con CC	9.141,00	12.188,00	297,00	47
155	Int. esofago,stomaco e duodeno, eta' >17 senza CC	3.014,00	4.018,00	114,00	34
156	Int. esofago,stomaco e duodeno, eta' < 18	1.671,00	2.229,00	100,00	30
157	Int. su ano e stoma con CC	1.880,00	2.507,00	130,00	19
158	Int. su ano e stoma senza CC	938,00	1.250,00	119,00	4
159	Int. ernia escl.inguin. e femor.,eta' >17 con CC	2.217,00	2.955,00	112,00	29
160	Int. ernia escl.inguin. e femor.,eta' >17 senza CC	1.211,00	1.615,00	100,00	16
161	Int. ernia inguinale e femorale, eta' >17 con CC	1.536,00	2.048,00	123,00	13
162	Int. ernia inguinale e femorale, eta' >17 senza CC	877,00	1.169,00	120,00	4
163	Int. ernia, eta' < 18	913,00	1.217,00	254,00	4
164	Appendicectomia con dia. princ. compl. con CC	4.990,00	6.653,00	349,00	30
165	Appendicectomia con dia. princ. compl. senza CC	1.898,00	2.530,00	278,00	10
166	Appendicectomia con dia. princ. non compl. con CC	2.342,00	3.123,00	224,00	16
167	Appendicectomia con dia.princ. non compl. senza CC	1.340,00	1.786,00	210,00	9
168	Int. su bocca con CC	1.944,00	2.593,00	165,00	10
169	Int. su bocca senza CC	1.137,00	1.516,00	158,00	9
170	Altri int. su app. digerente con CC	5.487,00	7.316,00	244,00	53
171	Altri int. su app. digerente senza CC	2.247,00	2.996,00	118,00	31
172	T.M. app. digerente con CC	192,00	3.401,00	153,00	37
173	T.M. app. digerente senza CC	137,00	1.794,00	107,00	26
174	Emorragia gastrointestinale con CC	181,00	2.565,00	130,00	23
175	Emorragia gastrointestinale senza CC	143,00	1.514,00	99,00	18
176	Ulcera peptica complicata	215,00	2.705,00	172,00	25
177	Ulcera peptica non complicata con CC	147,00	2.077,00	107,00	22
178	Ulcera peptica non complicata senza CC	150,00	1.498,00	106,00	18
179	Mal. infiammatorie intestino	200,00	2.892,00	143,00	26
180	Occlusione gastrointestinale con CC	177,00	2.429,00	136,00	24

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
181	Occlusione gastrointestinale senza CC	136,00	1.377,00	100,00	17
182	Gastroent., miscell. mal. diger.,eta' > 17 con CC	173,00	2.022,00	122,00	23
183	Gastroent., miscell. mal. diger.,eta' > 17 senza CC	142,00	1.290,00	116,00	18
184	Gastroent., miscell. mal. diger.,eta' < 18	279,00	1.370,00	211,00	4
185	Mal.denti,bocca escl. estraz. e riparaz.,eta' > 17	251,00	2.057,00	206,00	15
186	Mal.denti,bocca escl. estraz. e riparaz.,eta' < 18	183,00	1.154,00	143,00	9
187	Estrazioni e riparazioni dentali	396,00	1.480,00	261,00	4
188	Altre dia. app. digerente, eta' > 17 con CC	193,00	2.611,00	148,00	28
189	Altre dia. app. digerente, eta' > 17 senza CC	129,00	1.207,00	109,00	15
190	Altre dia. app. digerente, et{ < 18	346,00	1.780,00	225,00	9
191	Int. su pancreas, fegato e di shunt con CC	12.452,00	16.603,00	294,00	59
192	Int. su pancreas, fegato e di shunt senza CC	3.851,00	5.134,00	117,00	48
193	Int. su vie biliari escl. colecistectomia con CC	7.015,00	9.354,00	203,00	52
194	Int. su vie biliari escl. colecistectomia senza CC	3.368,00	4.491,00	114,00	51
195	Colecistectomia con esploraz. dotto com. con CC	5.253,00	7.004,00	201,00	49
196	Colecistectomia con esploraz. dotto com. senza CC	2.757,00	3.676,00	134,00	46
197	Colecistectomia senza esploraz. dotto com. con CC	3.488,00	4.650,00	162,00	36
198	Colecistectomia senza esploraz.dotto com. senza CC	1.806,00	2.408,00	156,00	19
199	Proc. diagnost. epatobiliari per T.M.	5.399,00	7.198,00	207,00	60
200	Proc. diagnost. epatobiliari non per T.M.	6.283,00	8.377,00	238,00	53
201	Altri int. epatobiliari o su pancreas	5.825,00	7.766,00	222,00	72
202	Cirrosi ed epatite alcolica	190,00	3.131,00	157,00	29
203	T.M. apparato epatobiliare o pancreas	212,00	3.342,00	156,00	34
204	Mal. pancreas escl. T.M.	189,00	2.922,00	139,00	26
205	Mal.fegato escl. T.M.,cirrosi,epat.alcool. con CC	191,00	3.015,00	151,00	26
206	Mal.fegato escl. T.M.,cirrosi,epat.alcool.senza CC	135,00	1.696,00	116,00	29
207	Mal. vie biliari con CC	170,00	2.570,00	122,00	28
208	Mal. vie biliari senza CC	133,00	1.457,00	98,00	19
209	Int. su articolaz. maggiori e reimpianti arti inf.	5.411,00	7.214,00	223,00	26
210	Int.anca,femore escl.articol.magg.,eta'>17 con CC	4.196,00	5.595,00	148,00	36
211	Int.anca,femore escl.articol.magg.,eta'>17senza CC	2.613,00	3.485,00	120,00	34
212	Int.anca,femore escl. articolaz. magg.,eta' < 18	2.276,00	3.035,00	121,00	30
213	Amputaz. per mal. sist.muscoloschel. e connett.	3.473,00	4.631,00	137,00	103
216	Biopsie sist. muscoloschel. e tessuto connettivo	4.010,00	5.346,00	349,00	34
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo escl.mano	5.583,00	7.444,00	337,00	24
218	Int.arto inf.,omero escl.anca etc.,eta'>17 con CC	3.292,00	4.389,00	122,00	32
219	Int.arto inf.,omero escl.anca etc.,eta'>17senza CC	2.044,00	2.726,00	120,00	22
220	Int.arto inf.,omero escl.anca etc.,eta' < 18	1.843,00	2.457,00	182,00	13
223	Int. magg. spalla,gomito o altri arto sup. con CC	1.642,00	2.189,00	151,00	4
224	Int. spalla,gomito escl.magg.su articolaz.senza CC	1.396,00	1.862,00	130,00	12
225	Int. sul piede	1.588,00	2.118,00	180,00	8
226	Int. su tessuti molli con CC	2.467,00	3.289,00	144,00	36
227	Int. su tessuti molli senza CC	1.181,00	1.574,00	177,00	9
228	Int. magg. pollice, mano o polso con CC	1.482,00	1.976,00	180,00	12
229	Int. mano o polso escl. magg.su articolaz.senza CC	1.032,00	1.376,00	184,00	4
230	Esciss.,rimoz. mezzi fissaggio anca e femore	1.803,00	2.404,00	189,00	12
231	Esciss.,rimoz. mezzi fissaggio escl. anca e femore	1.735,00	2.314,00	285,00	4
232	Artroscopia	1.155,00	1.540,00	231,00	4
233	Altri int. sist. muscoloschel. e connett. con CC	3.997,00	5.329,00	158,00	39
234	Altri int. sist. muscoloschel. e connett. senza CC	1.755,00	2.341,00	143,00	12
235	Fratture femore	205,00	2.673,00	153,00	56
236	Fratture anca e pelvi	204,00	2.554,00	121,00	31
237	Distors., stiram., lussazioni anca, pelvi e coscia	108,00	1.439,00	87,00	30
238	Osteomielite	214,00	4.042,00	156,00	55
239	Fratture patol.,T.M. sist.muscoloschel. e connett.	204,00	3.491,00	138,00	33
240	Mal. tessuto connettivo con CC	195,00	3.303,00	126,00	29
241	Mal. tessuto connettivo senza CC	120,00	1.665,00	75,00	22
242	Artrite settica	162,00	3.106,00	130,00	50
243	Affezioni mediche del dorso	167,00	1.790,00	118,00	22
244	Mal. osso e artropatie specifiche con CC	148,00	1.925,00	96,00	24
245	Mal. osso e artropatie specifiche senza CC	116,00	1.321,00	88,00	24

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
246	Artropatie non specifiche	123,00	1.494,00	104,00	24
247	Segni e sintomi sist. muscoloschel. e connettivo	143,00	1.488,00	116,00	20
248	Tendinite, miosite e borsite	175,00	1.767,00	141,00	23
249	Ricoveri successivi per mal.sist.muscoloschel.etc.	189,00	1.824,00	189,00	19
250	Traumi avambraccio, mano e piede,eta' >17 con CC	171,00	1.845,00	161,00	16
251	Traumi avambraccio, mano e piede,eta' >17 senza CC	227,00	1.105,00	167,00	9
252	Traumi avambraccio, mano e piede,eta' <18	269,00	892,00	176,00	7
253	Traumi braccio, gamba escl. piede,eta'>17 con CC	178,00	2.035,00	138,00	25
254	Traumi braccio, gamba escl. piede,eta'>17 senza CC	136,00	1.063,00	122,00	12
255	Traumi braccio, gamba escl. piede, eta' < 18	242,00	1.184,00	169,00	4
256	Altre dia. sist. muscoloschel. e tess. connettivo	202,00	1.703,00	149,00	13
257	Mastectomia totale per T.M. con CC	2.223,00	2.965,00	96,00	20
258	Mastectomia totale per T.M. senza CC	1.739,00	2.319,00	92,00	16
259	Mastectomia subtotale per T.M. con CC	2.179,00	2.906,00	104,00	15
260	Mastectomia subtotale per T.M. senza CC	1.406,00	1.874,00	96,00	13
261	Int.mammella non per T.M. escl.biopsia,esciss.loc.	1.411,00	1.881,00	180,00	9
262	Biopsia mammella e esciss. locale non per T.M.	1.050,00	1.400,00	205,00	4
263	Trapianti pelle e/o sbrigl.per ulcere pelle con CC	5.867,00	7.822,00	160,00	50
264	Trapianti pelle e/o sbrigl.per ulcere senza CC	2.487,00	3.316,00	106,00	35
265	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere con CC	2.737,00	3.650,00	170,00	23
266	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	1.371,00	1.827,00	180,00	12
267	Int. perianali e pilonidali	1.141,00	1.521,00	174,00	4
268	Chir. plastica pelle,tess. sottocutaneo e mammella	1.477,00	1.969,00	191,00	10
269	Altri int. pelle,sottocutaneo e mammella con CC	3.330,00	4.440,00	191,00	39
270	Altri int. pelle,sottocutaneo e mammella senza CC	1.246,00	1.661,00	196,00	13
271	Ulcere della pelle	151,00	3.134,00	99,00	36
272	Mal. maggiori della pelle con CC	141,00	2.743,00	102,00	37
273	Mal. maggiori della pelle senza CC	98,00	1.724,00	78,00	30
274	T.M. mammella con CC	233,00	3.454,00	170,00	40
275	T.M. mammella senza CC	148,00	1.669,00	141,00	28
276	Patologie non maligne della mammella	217,00	1.593,00	167,00	13
277	Cellulite, eta' > 17 con CC	145,00	2.366,00	98,00	30
278	Cellulite, eta' > 17 senza CC	145,00	1.556,00	108,00	22
279	Cellulite, eta' < 18	274,00	1.958,00	223,00	16
280	Traumi pelle,sottocut. e mammella,eta' >17 con CC	197,00	1.782,00	159,00	15
281	Traumi pelle,sottocut. e mammella,eta'>17 senza CC	169,00	1.073,00	140,00	9
282	Traumi pelle,sottocut. e mammella,eta' <18	254,00	874,00	168,00	4
283	Mal. minori della pelle con CC	144,00	1.979,00	105,00	24
284	Mal. minori della pelle senza CC	115,00	1.119,00	100,00	19
285	Amputaz. arto inf. per mal. endocrine, etc.	6.356,00	8.474,00	147,00	84
286	Int. su surrene ed ipofisi	5.254,00	7.004,00	288,00	24
287	Trapianti cutanei, sbrigl.ferite per mal.endocrine	4.520,00	6.026,00	291,00	42
288	Int. per obesita'	3.765,00	5.020,00	324,00	16
289	Int. su paratiroidi	2.014,00	2.685,00	142,00	27
290	Int. sulla tiroide	1.624,00	2.164,00	136,00	10
291	Int. su dotto tireoglosso	969,00	1.293,00	144,00	11
292	Altri int. per mal. endocrine, etc. con CC	6.566,00	8.754,00	311,00	78
293	Altri int. per mal. endocrine, etc. senza CC	2.216,00	2.955,00	183,00	38
294	Diabete eta' > 35	155,00	1.962,00	111,00	20
295	Diabete eta' < 35	205,00	2.022,00	151,00	20
296	Dist. nutrizione e metabolismo,eta' >17 con CC	171,00	2.464,00	133,00	23
297	Dist. nutrizione e metabolismo,eta' >17 senza CC	128,00	1.380,00	94,00	20
298	Dist. nutrizione e metabolismo,eta' <18	162,00	1.201,00	123,00	10
299	Difetti congeniti del metabolismo	133,00	1.758,00	144,00	17
300	Mal. endocrine con CC	190,00	2.946,00	136,00	24
301	Mal. endocrine senza CC	139,00	1.521,00	113,00	21
302	Trapianto renale	13.470,00	17.960,00	332,00	43
303	Int. rene, uretere, int. magg. vescica per neopl.	7.399,00	9.865,00	219,00	39
304	Int. rene,uretere,int.magg.vescica no neopl.con CC	5.065,00	6.754,00	260,00	36
305	Int.rene,uretere,magg. vescica no neopl. senza CC	2.268,00	3.024,00	138,00	21
306	Prostatectomia con CC	2.503,00	3.337,00	145,00	56

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
307	Prostatectomia senza CC	1.515,00	2.020,00	109,00	14
308	Int. minori su vescica con CC	2.531,00	3.373,00	156,00	28
309	Int. minori su vescica senza CC	1.431,00	1.908,00	96,00	16
310	Int. per via transuretrale con CC	1.744,00	2.325,00	127,00	20
311	Int. per via transuretrale senza CC	1.133,00	1.512,00	111,00	12
312	Int. su uretra, eta' > 17 con CC	1.779,00	2.370,00	105,00	30
313	Int. su uretra, eta' > 17 senza CC	977,00	1.301,00	97,00	11
314	Int. su uretra, eta' < 18	827,00	1.103,00	100,00	20
315	Altri int. su rene e vie urinarie	3.856,00	5.141,00	246,00	40
316	Insufficienza renale	218,00	3.377,00	180,00	29
317	Ricovero per dialisi renale	134,00	1.329,00	129,00	30
318	Neoplasie rene e vie urinarie con CC	175,00	2.944,00	145,00	36
319	Neoplasie rene e vie urinarie senza CC	141,00	1.486,00	105,00	28
320	Infezioni rene e vie urinarie, eta' > 17 con CC	208,00	2.568,00	138,00	21
321	Infezioni rene e vie urinarie, eta' > 17 senza CC	159,00	1.637,00	120,00	18
322	Infezioni rene e vie urinarie, eta' < 18	225,00	1.673,00	162,00	13
323	Calcolosi urinaria con CC				
	<i>Calcolosi urinaria con CC</i>	337,00	1.798,00	201,00	16
	<i>Litotripsia (ESWL)</i>	416,00	2.223,00	201,00	8
324	Calcolosi urinaria senza CC	106,00	795,00	97,00	12
325	Segni,sintomi rene e vie urinarie,eta'>17 con CC	165,00	1.715,00	126,00	21
326	Segni,sintomi rene e vie urinarie,eta'>17 senza CC	118,00	1.044,00	93,00	15
327	Segni,sintomi rene e vie urinarie,eta'<18	334,00	1.843,00	208,00	10
328	Stenosi uretrale, eta' > 17 con CC	138,00	1.666,00	133,00	20
329	Stenosi uretrale, eta' > 17 senza CC	123,00	1.034,00	114,00	18
330	Stenosi uretrale, eta' < 18	95,00	712,00	78,00	18
331	Altre dia. rene e vie urinarie,eta' >17 con CC	176,00	2.557,00	143,00	29
332	Altre dia. rene e vie urinarie,eta' >17 senza CC	133,00	1.400,00	94,00	20
333	Altre dia. rene e vie urinarie,eta' <18	285,00	2.511,00	186,00	15
334	Int. maggiori su pelvi maschile con CC	3.481,00	4.642,00	155,00	22
335	Int. maggiori su pelvi maschile senza CC	2.690,00	3.586,00	150,00	16
336	Prostatectomia transuretrale con CC	1.914,00	2.552,00	104,00	16
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	1.334,00	1.779,00	101,00	12
338	Int. sul testicolo per T.M.	1.659,00	2.212,00	159,00	15
339	Int. sul testicolo non per T.M., eta' > 17	1.338,00	1.785,00	280,00	4
340	Int. sul testicolo non per T.M., eta' < 18	913,00	1.217,00	209,00	4
341	Int. sul pene	1.616,00	2.155,00	274,00	15
342	Circoncisione, eta' > 17	1.019,00	1.359,00	276,00	7
343	Circoncisione, eta' < 18	725,00	966,00	217,00	4
344	Altri int. app. riproduttivo masch. per T.M.	2.076,00	2.767,00	128,00	36
345	Altri int. app. riproduttivo masch. escl. per T.M.	1.477,00	1.969,00	124,00	26
346	T.M. app. riproduttivo maschile con CC	160,00	2.594,00	133,00	34
347	T.M. app. riproduttivo maschile senza CC	159,00	1.502,00	105,00	27
348	Ipertrofia prostatica benigna con CC	176,00	1.784,00	113,00	26
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	121,00	994,00	97,00	20
350	Infiammazioni app. riproduttivo maschile	209,00	1.756,00	170,00	16
351	Sterilizzazione maschile	306,00	766,00	255,00	3
352	Altre dia. app. riproduttivo maschile	290,00	1.367,00	207,00	4
353	Evisc. pelvica,isterectomia e vulvectomia radicale	8.018,00	10.690,00	213,00	26
354	Int. utero e annessi per T.M. non ovaio con CC	4.105,00	5.475,00	94,00	32
355	Int. utero e annessi per T.M. non ovaio senza CC	3.292,00	4.390,00	107,00	15
356	Int. ricostruttivi app. riproduttivo femm.	1.884,00	2.512,00	102,00	14
357	Int. utero e annessi per T.M. di ovaio o annessi	6.496,00	8.662,00	234,00	31
358	Int. utero e annessi non per T.M. con CC	2.588,00	3.450,00	134,00	19
359	Int. utero e annessi non per T.M. senza CC	1.881,00	2.509,00	142,00	15
360	Int. su vagina, cervice e vulva	775,00	1.033,00	253,00	11
361	Laparoscopia e occlusione laparotomica tube	1.193,00	1.591,00	375,00	4
362	Occlusione endoscopica tube	1.232,00	1.642,00	281,00	4
363	D&C,conizzaz.,impianto materiale radioatt.per T.M.	1.005,00	1.341,00	189,00	9
364	D&C, conizzazione escl. per T.M.	775,00	1.033,00	279,00	4
365	Altri int. app. riproduttivo femminile	1.859,00	2.479,00	202,00	29

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
366	T.M. app. riproduttivo femminile con CC	189,00	2.763,00	164,00	36
367	T.M. app. riproduttivo femminile senza CC	201,00	1.983,00	108,00	18
368	Infezioni app. riproduttivo femminile	203,00	1.277,00	227,00	13
369	Dist. mestruali,altri dist. app.riproduttivo femm.	141,00	775,00	180,00	9
370	Parto cesareo con CC	1.442,00	1.924,00	146,00	17
371	Parto cesareo senza CC	1.288,00	1.718,00	153,00	10
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	311,00	1.761,00	155,00	9
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	416,00	1.648,00	158,00	4
374	Parto vaginale con sterilizz. e/o D&C	1.235,00	1.648,00	243,00	10
375	Parto vaginale con altro int. escl.steril. e/o D&C	1.253,00	1.670,00	316,00	7
376	Dia. relative a postparto e postaborto senza int.	156,00	816,00	106,00	7
377	Dia. relative a postparto e postaborto con int.	1.648,00	2.198,00	322,00	13
378	Gravidanza ectopica	335,00	1.937,00	202,00	10
379	Minaccia di aborto	151,00	813,00	81,00	12
380	Aborto senza D&C	274,00	991,00	127,00	4
381	Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	816,00	1.088,00	225,00	4
382	Falso travaglio	44,00	373,00	38,00	16
383	Altre dia. preparto con complicazioni mediche	148,00	1.091,00	108,00	12
384	Altre dia. preparto senza complicazioni mediche	97,00	747,00	80,00	12
385	Neonati morti/trasferiti ad altre strutt. assist.	185,00	3.805,00	197,00	22
386	Neonati gravemente immaturi o sindr.distress resp.	288,00	14.487,00	151,00	138
387	Prematurita' con affezioni maggiori	351,00	8.010,00	140,00	67
388	Prematurita' senza affezioni maggiori	213,00	3.076,00	140,00	26
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	386,00	2.693,00	319,00	16
390	Neonati con altre affezioni significative	363,00	1.936,00	333,00	11
391	Neonato normale	163,00	625,00	-	0
392	Splenectomia, eta' > 17	7.226,00	9.634,00	397,00	34
393	Splenectomia, eta' < 18	3.032,00	4.042,00	264,00	22
394	Altri int. sugli organi emopoietici	2.790,00	3.721,00	282,00	23
395	Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	143,00	2.064,00	103,00	25
396	Anomalie dei globuli rossi, eta' < 18	198,00	1.781,00	143,00	16
397	Disturbi della coagulazione	237,00	2.805,00	189,00	24
398	Disturbi sist. reticoloendot. e immunit. con CC	219,00	3.166,00	169,00	28
399	Disturbi sist. reticoloendot. e immunit. senza CC	177,00	1.764,00	127,00	19
400	Linfoma e leucemia con int. chir. maggiori	6.201,00	8.268,00	242,00	28
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri int. con CC	5.427,00	7.236,00	181,00	60
402	Linfoma e leucemia non acuta con alt. int.senza CC	1.676,00	2.235,00	98,00	34
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	247,00	5.067,00	167,00	43
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	170,00	2.237,00	115,00	26
405	Leucemia acuta senza int. chir. maggiori,eta' < 18	229,00	3.264,00	160,00	30
406	Alteraz. mieloprolif.,etc. con int. magg. con CC	6.390,00	8.520,00	212,00	58
407	Alteraz. mieloprolif.,etc. con int. magg. senza CC	2.356,00	3.142,00	99,00	26
408	Alteraz. mieloprolif.,etc. con altri interventi	2.347,00	3.129,00	216,00	14
409	Radioterapia	365,00	3.526,00	158,00	32
410	Chemioterapia senza dia.second. di leucemia acuta	367,00	1.905,00	179,00	9
411	Anamnesi di T.M. senza endoscopia	112,00	1.177,00	98,00	18
412	Anamnesi di T.M. con endoscopia	124,00	1.198,00	117,00	12
413	Altre alterazioni mieloprolif., etc. con CC	183,00	3.492,00	127,00	38
414	Altre alterazioni mieloprolif., etc. senza CC	112,00	1.795,00	87,00	34
415	Int. chir. per mal. infettive e parassitarie	8.120,00	10.827,00	324,00	73
416	Setticemia, eta' > 17	191,00	3.986,00	133,00	41
417	Setticemia, eta' < 18	170,00	2.350,00	158,00	23
418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	185,00	2.534,00	131,00	29
419	Febbre di origine sconosciuta, eta' > 17 con CC	189,00	2.488,00	145,00	25
420	Febbre di origine sconosciuta, eta' > 17 senza CC	151,00	1.705,00	116,00	22
421	Mal. di origine virale, eta' > 17	182,00	1.802,00	137,00	17
422	Mal. virali, febbre origine sconosc., eta' < 18	328,00	1.998,00	246,00	10
423	Altre dia. infettive e parassitarie	271,00	3.723,00	228,00	34
424	Int. chir. in paz. con dia. princ. di mal. mentale	4.723,00	6.297,00	233,00	47
425	Reazione acuta di adattamento e disfunz. psicosoc.	160,00	1.845,00	140,00	18
426	Nevrosi depressive	134,00	1.750,00	86,00	22

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
427	Nevrosi escl. nevrosi depressive	152,00	1.837,00	100,00	25
428	Disturbi di personalita' e controllo degli impulsi	157,00	2.562,00	108,00	34
429	Disturbi organici e ritardo mentale	170,00	2.749,00	113,00	29
430	Psicosi	144,00	3.006,00	89,00	38
431	Disturbi mentali dell'infanzia	190,00	1.989,00	95,00	23
432	Altre dia. relative a disturbi mentali	210,00	1.862,00	178,00	16
433	Dipend.alcool/farmaci,dimesso contro parere sanit.	161,00	891,00	112,00	10
439	Trapianti di pelle per traumatismo	2.381,00	3.175,00	158,00	38
440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	3.605,00	4.807,00	220,00	40
441	Int. sulla mano per traumatismo	1.438,00	1.917,00	200,00	12
442	Altri int. chir. per traumatismo con CC	4.202,00	5.603,00	194,00	50
443	Altri int. chir. per traumatismo senza CC	1.772,00	2.363,00	97,00	19
444	Traumatismi, eta' > 17 con CC	165,00	2.001,00	160,00	34
445	Traumatismi, eta' > 17 senza CC	181,00	1.403,00	126,00	10
446	Traumatismi, eta' < 18	290,00	1.224,00	205,00	7
447	Reazioni allergiche, eta' > 17	173,00	1.236,00	131,00	14
448	Reazioni allergiche, eta' < 18	170,00	886,00	149,00	7
449	Avvel.,effetti tossici da farmaci,eta' >17 con CC	152,00	2.066,00	155,00	21
450	Avvel.,effetti tossici da farmaci,eta'>17 senza CC	137,00	1.087,00	129,00	11
451	Avvel.,effetti tossici da farmaci,eta' <18	381,00	1.379,00	289,00	4
452	Complicazioni di trattamento con CC	135,00	2.239,00	115,00	26
453	Complicazioni di trattamento senza CC	102,00	1.049,00	83,00	19
454	Altre dia. traumatismi, avvel., etc. con CC	167,00	2.324,00	197,00	34
455	Altre dia. traumatismi, avvel., etc. senza CC	97,00	1.038,00	99,00	28
461	Int. con dia. di altro contatto con servizi sanit.	1.488,00	1.983,00	124,00	22
462	Riabilitazione	166,00	2.331,00	93,00	34
463	Segni e sintomi con CC	128,00	1.905,00	90,00	27
464	Segni e sintomi senza CC	121,00	1.148,00	97,00	17
465	Ricoveri succ. con anamnesi T.M. come dia. second.	191,00	888,00	73,00	10
466	Ricoveri succ. senza anamnesi T.M.come dia.second.	185,00	1.395,00	148,00	9
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	191,00	1.123,00	109,00	9
468	Int. chir. esteso non correlato con dia. princ.	3.792,00	5.057,00	277,00	58
469	Dia. princ. non valida come diagnosi di dimissione	37,00	362,00	38,00	16
470	Non attribuibile ad altro DRG	22,00	362,00	45,00	10
471	Int.magg. bilaterali/mult. su articolaz. arti inf.	7.201,00	9.602,00	230,00	88
473	Leucemia acuta senza int. chir. maggiori, eta' >17	415,00	10.594,00	343,00	78
475	Dia. app. respiratorio con respirazione assistita	432,00	8.860,00	369,00	44
476	Int. chir. prostata non correlato con dia. princ.	5.084,00	6.778,00	349,00	30
477	Int. chir. non esteso non correlato con dia.princ.	2.816,00	3.754,00	203,00	48
478	Altri int. vascolari con CC	4.499,00	5.998,00	241,00	43
479	Altri int. vascolari senza CC	2.223,00	2.964,00	161,00	26
480	Trapianto di fegato	46.562,00	62.083,00	988,00	90
481	Trapianto di midollo				
	<i>Trapianto di midollo (tipo A)</i>	24.488,00	32.650,00	352,00	50
	<i>Trapianto di midollo (tipo B)</i>	27.443,00	36.591,00	395,00	30
	<i>Trapianto di midollo (tipo C)</i>	54.887,00	73.182,00	790,00	55
	<i>Trapianto di midollo (tipo D)</i>	63.330,00	84.441,00	912,00	63
482	Tracheostomia per dist. orali,laringei o faringei	8.767,00	11.689,00	216,00	59
483	Tracheostomia escl.dist. orali,laringei o faringei	38.460,00	51.280,00	714,00	112
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	15.175,00	20.233,00	913,00	118
485	Reimpianto arti,int. anca,femore per traum. rilev.	7.319,00	9.758,00	219,00	62
486	Altri int.chir. per traumatismi multipli rilevanti	11.139,00	14.852,00	394,00	51
487	Altri traumatismi multipli rilevanti	365,00	5.691,00	386,00	34
488	Infez. HIV con intervento chirurgico esteso	9.593,00	12.791,00	329,00	109
489	Infez. HIV con patologie correlate maggiori	341,00	6.505,00	162,00	53
490	Infez. HIV con o senza altre patologie correlate	345,00	3.887,00	136,00	29
491	Int. su articolaz. magg. e reimpianti di arti sup.	3.231,00	4.309,00	119,00	21
492	Chemioterapia con dia. second. di leucemia acuta	516,00	8.565,00	582,00	58
493	Colecistectomia lapar. snz. esp. dotto com con CC	3.588,00	4.783,00	162,00	33
494	Colecistectomia lapar. snz. esp. dotto com snz. CC	1.960,00	2.614,00	156,00	10
495	Trapianto di polmone	18.238,00	24.317,00	629,00	60

DRG	Descrizione DRG	Tariffa 0-1 die e Day Hospital Euro	Tariffa ordinaria Euro	Tariffa giornaliera oltre soglia Euro	Soglia gg
496	Artrodesi vertebrale combinata anteriore/posteriore	12.217,00	16.289,00	555,00	59
497	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale con CC	6.894,00	9.192,00	317,00	58
498	Artrodesi vertebrale escl. quella cervicale senza CC	4.911,00	6.548,00	341,00	21
499	Interventi su dorso e collo escl. artrodesi vertebrale con CC	3.094,00	4.125,00	205,00	27
500	Interventi su dorso e collo escl. artrodesi vertebrale senza CC	2.001,00	2.669,00	245,00	14
501	Interventi su ginocchio con dia. principale di infezione con CC	5.862,00	7.816,00	230,00	68
502	Interventi su ginocchio con dia. principale di infezione senza CC	3.315,00	4.420,00	209,00	42
503	Interventi su ginocchio senza dia. principale di infezione	1.653,00	2.205,00	605,00	4
504	Ustioni estese di 3° grado con trapianto di pelle	30.228,00	40.304,00	317,00	85
505	Ustioni estese di 3° grado senza trapianto di pelle	528,00	23.205,00	264,00	70
506	Ustione a tutto spessore con trapianto pelle o lesioni da inalaz. con CC o traumi rilevanti	11.550,00	15.401,00	492,00	63
507	Ustione a tutto spessore con trapianto pelle o lesioni da inalaz. senza CC o traumi rilevanti	9.450,00	12.601,00	403,00	35
508	Ustione a tutto spessore senza trapianto pelle o lesioni da inalaz. con CC o traumi rilevanti	543,00	4.056,00	299,00	31
509	Ustione a tutto spessore senza trapianto pelle o lesioni da inalaz. senza CC o traumi rilevanti	444,00	3.319,00	244,00	22
510	Ustioni non estese con CC o traumi rilevanti	489,00	4.280,00	245,00	35
511	Ustioni non estese senza CC o traumi rilevanti	400,00	3.502,00	200,00	18
512	Trapianto di pancreas e rene	20.278,00	27.037,00	500,00	65
513	Trapianto di pancreas	15.932,00	21.243,00	393,00	51
514	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco	15.615,00	20.820,00	773,00	33
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	11.708,00	15.611,00	555,00	51
516	Interventi su sist. cardiovascolare per via percutanea con IMA	5.085,00	6.780,00	408,00	17
517	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea con inserz. stent in arteria coron. sen	4.753,00	6.338,00	689,00	11
518	Interventi su sist. cardiovasc. per via percutanea senza inserz. stent in arteria coron. o	3.623,00	4.831,00	639,00	7
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	4.959,00	6.611,00	168,00	79
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	3.027,00	4.037,00	328,00	15
521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	273,00	2.092,00	136,00	24
522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	249,00	1.777,00	124,00	25
523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	209,00	1.137,00	104,00	22