

**Regione Umbria**  
**Collana**  
**Attività e costi dei**  
**Servizi Sanitari**

# **Le Prestazioni di Ricovero Ospedaliero Anno 2009**

---

Rapporto sui costi

---

## Rapporto dell'indagine sui costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero nel 2009

### Razionale

La Regione dell'Umbria ha proceduto alla stima dei costi sostenuti per l'assistenza ai pazienti ricoverati nel 2009 nelle proprie strutture ospedaliere pubbliche ed in quelle private accreditate. In particolare, anche in questa edizione lo studio ha risposto alle seguenti domande:

- quale è l'incidenza dei costi dell'attività di ricovero ordinario sul totale dei costi delle Aziende?
- quale è il costo medio – totale e per categoria di costo - per unità di prodotto (DRG) in ogni struttura?

Come la scorsa edizione, il presente lavoro mostra l'andamento temporale (2009 vs 2008) di alcuni risultati. Rispetto al precedente lavoro, i dati di costo del 2008 riportati nelle Tabelle di questa edizione sono stati rivisti per rendere più omogenei i confronti temporali. Le differenze fra le due pubblicazioni sono da imputare al metodo di stima del valore delle prestazioni a favore dei ricoveri non acuti adottato in precedenza dall'ASL 3 che nell'edizione corrente è stato uniformato a quello delle altre Aziende

### Disegno dello studio

Si tratta di uno studio retrospettivo per la stima del costo pieno di produzione di tutti i 119.590 casi di ricovero ordinario dimessi nel 2009 dalle strutture pubbliche della Regione (112.385 nel 2008) ed i 6.091 trattati in regime di accreditamento dalle strutture private (5.314 nel 2008); rispettivamente il 69,3% e il 3,5% di tutti i casi trattati nella Regione. Sono stati esclusi i dimessi da unità operative o strutture di recupero e riabilitazione motoria (codice di disciplina 56), neuroriabilitazione (codice 75) e unità spinale (codice 28), le prestazioni di ricovero diurno, le attività ambulatoriali per pazienti non degenti (o esterni), le funzioni sanitarie e l'attività di libera professione se non finalizzata alla riduzione delle liste di attesa.

Il Presidio è stato scelto quale livello di analisi delle strutture pubbliche. Nella tabella seguente è riportato il numero e la ripartizione percentuale dei casi per presidio; per una migliore comprensione del trend registrato nei ricoveri nelle strutture pubbliche, si è ritenuto utile aggiungere il confronto con l'anno precedente.

Struttura	Descrizione	% casi 2009	Numero casi 2009	Numero casi 2008	% variazione 2009/2008
100801	P.O. A Città di Castello	8,70%	10.408	9.672	7,61%
100810	P.O. B Branca ex Gubbio	6,01%	7.192	6.075	18,39%
<b>TOTALE ASL 1</b>		<b>14,72%</b>	<b>17.600</b>	<b>15.747</b>	<b>11,77%</b>
100803	P.O. unificato USL 2	9,67%	11.567	10.368	11,56%
100809	P.O. A Foligno	10,50%	12.560	11.658	7,74%
100805	P.O. B Spoleto	5,71%	6.829	6.393	6,82%
<b>TOTALE ASL 3</b>		<b>16,21%</b>	<b>19.389</b>	<b>18.051</b>	<b>7,41%</b>
100807	P.O. A Narni-Amelia	4,60%	5.501	5.460	0,75%
100806	P.O. B Orvieto	5,14%	6.141	5.834	5,26%
<b>TOTALE ASL 4</b>		<b>9,73%</b>	<b>11.642</b>	<b>11.294</b>	<b>3,08%</b>
100901	A.O. Perugia	29,26%	34.992	34.306	2,00%
100902	A.O. Terni	20,40%	24.400	22.619	7,87%
<b>Totale</b>		<b>100,00%</b>	<b>119.590</b>	<b>112.385</b>	<b>6,41%</b>

A questa ottava rilevazione hanno partecipato nuovamente le strutture private che insistono sul territorio regionale e che hanno rapporti convenzionali con il Servizio Sanitario Regionale. La tabella seguente riporta il numero 6.091 (5.314 nel 2008) e la percentuale di casi in regime di accreditamento per struttura; per una migliore comprensione del trend registrato nei ricoveri presso le strutture private, si è ritenuto utile aggiungere il confronto con l'anno precedente.

<b>Struttura</b>	<b>Descrizione</b>	<b>% casi 2009</b>	<b>Numero casi 2009</b>	<b>Numero casi 2008</b>	<b>% variazione 2009/2008</b>
100701	Casa di Cura Villa Fiorita - Perugia	8,23%	501	404	24,01%
100702	Casa di Cura Porta Sole - Perugia	34,81%	2.120	2.116	0,19%
100703	Casa di Cura Madonna degli Angeli (SAGISC) – Perugia	24,30%	1.480	1.274	16,17%
100704	Casa di Cura Liotti - Perugia	24,58%	1.497	1.208	23,92%
100705	Casa di Cura Villa Aurora - Foligno	8,09%	493	312	58,01%
<b>Totale</b>		<b>100%</b>	<b>6.091</b>	<b>5.314</b>	<b>14,62%</b>

Il flusso informativo della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) in formato elettronico ha costituito la base di dati utilizzata per la misurazione dell'attività delle strutture. Le informazioni disponibili attraverso la SDO includono: ASL e provincia di residenza; struttura erogatrice; informazioni anagrafiche sul paziente; data di ricovero e di dimissione; modalità di dimissione; diagnosi principale e fino a cinque diagnosi secondarie codificate secondo i codici della Classificazione Internazionale delle Malattie, nona revisione, Modificazione Clinica (ICD-9-CM); fino a sei interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche codificate in ICD-9-CM; durata della degenza; DRG. Ad ogni soggetto della popolazione in studio sono stati attribuiti per mezzo di un Grouper i tre descrittori previsti dal sistema APR-DRG versione 20.0 (gruppo di base; sottoclasse di severità della malattia; sottoclasse di rischio di morte). A differenza della scorsa edizione, ad ogni ricovero sono stati assegnati i descrittori previsti dal sistema Medicare DRG versione 24.0 adottato dalla Regione nel 2009.

I sistemi di contabilità generale ed analitica per centro di costo – insieme ai modelli CE - hanno fornito le informazioni iniziali per la stima dei costi. Tali informazioni sono state poi elaborate secondo le linee-guida condivise con le strutture nelle precedenti edizioni.

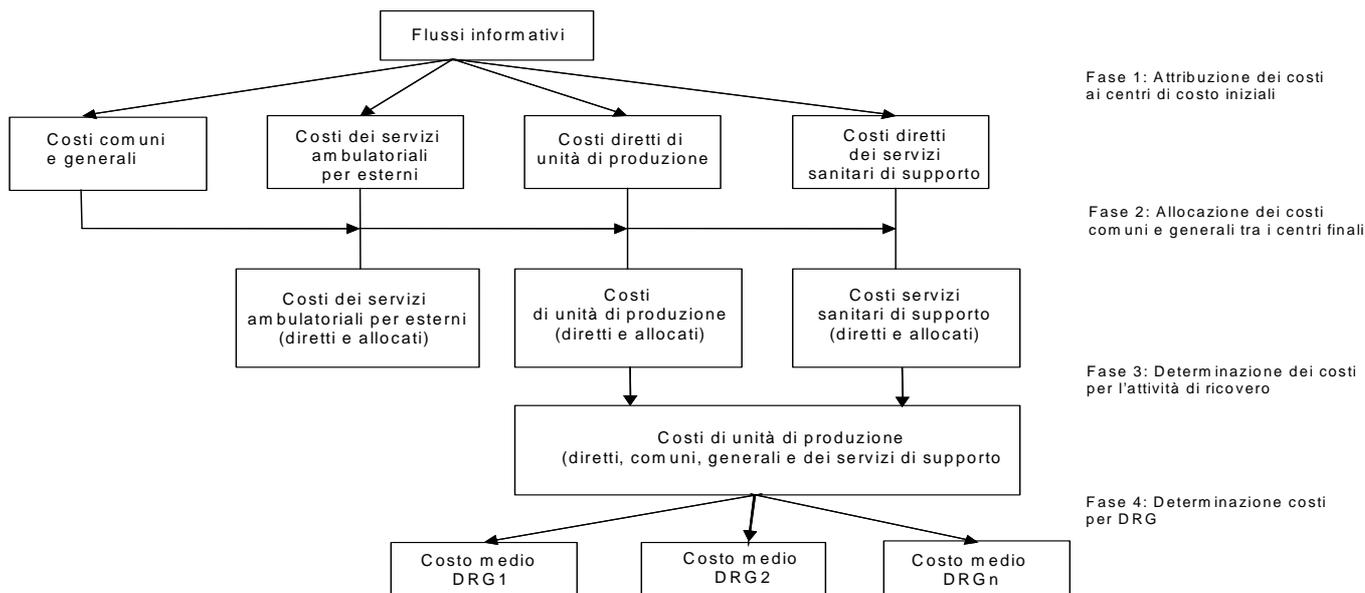
Nell'ambito del progetto, è stato costituito un gruppo di lavoro composto da professionisti della Regione, delle Aziende sanitarie e di 3M, Sistemi informativi per la salute. Di seguito sono descritte le attività che sono state condotte nell'ambito dell'indagine ed i relativi responsabili per ogni attività.

Attività	Responsabile
Coordinamento progetto	Regione
Avvio rilevazione	Regione/3M/Aziende Sanitarie Pubbliche e strutture private
Rilevazione	Aziende sanitarie/strutture private Regione/3M
Trasmissione dei dati	Aziende sanitarie e strutture private
Validazione e processo dei dati	Regione/3M
Produzione prospetti di analisi dei risultati	Regione/3M
Predisposizione di un rapporto finale di sintesi	Regione/3M

### Modello di analisi dei costi

La stima dei costi sostenuti per l'assistenza ai pazienti ricoverati nel 2009, come del resto le precedenti edizioni, si è avvalsa ancora una volta dell'approccio "a cascata".

I modelli di stima dei costi si collocano infatti su di uno spettro che presenta ai due estremi la definizione dei profili di impiego di risorse e di costo per i singoli pazienti – successivamente raggruppati – (approccio "bottom-up") ovvero l'utilizzo di parametri allocativi per distribuire i costi tra le diverse categorie di pazienti (approccio "a cascata"). Il modello "bottom-up" deriva essenzialmente dal metodo comunemente impiegato nell'industria per la determinazione del costo del prodotto. In sintesi, si tratta di stimare un costo medio osservato o standard per ogni unità di prodotto intermedio (servizio di supporto) in base al tipo ed alla quantità di risorse (personale; materiali; apparecchiature) utilizzate, e di registrare per ogni paziente il tipo e la quantità di prodotti intermedi utilizzati durante l'episodio di ricovero. La metodologia "a cascata" individua quale oggetto di costo dei gruppi omogenei di casi, quali i DRG, e prevede l'utilizzo di informazioni sulla costosità relativa per DRG di specifici servizi di supporto/aree di risorse o categorie di servizi e attività provenienti da fonti esterne per attribuire un costo medio ad ogni paziente in base al DRG assegnato. Le metodologie per l'attribuzione dei costi hanno una struttura di base comune, articolata in quattro fasi successive e derivata dal modello di attribuzione dei costi di Yale (*Yale Cost Model*) descritto nella figura seguente.



Nella *prima fase*, i costi derivati dal bilancio della struttura sono assegnati direttamente ai centri di costo iniziali la cui definizione dipende dal tipo di sistema contabile esistente e dall'organizzazione interna alla struttura. In generale, i centri di costo iniziali si possono raggruppare in quattro categorie principali: centri di costo per l'amministrazione e il funzionamento dell'Azienda nel suo complesso (costi comuni e generali, quali le spese per le utenze, i costi delle direzioni, gli ammortamenti e le spese di manutenzione delle attrezzature, i costi dei servizi di lavanderia, pulizia), centri di costo per la produzione di servizi o attività resi ai pazienti non degenti (o servizi ambulatoriali per esterni), centri che partecipano direttamente all'assistenza del paziente ricoverato (o unità di produzione, quali i reparti di degenza, le sale operatorie, le unità coronariche, gli ambulatori divisionali) e centri che sono di supporto all'assistenza (o servizi sanitari di supporto, quali la radiologia, il laboratorio, il pronto soccorso).

Una volta attribuiti i costi diretti, nella *seconda fase*, i costi comuni e generali sono ribaltati "a cascata" su tutte le altre tre categorie di centri. In questa fase, i centri sono definiti finali. Il ribaltamento avviene sulla base di coefficienti (parametri o statistiche allocative) specifici per tipo di costo comune e generale e distinti per centro finale. Vale a dire che in questa fase, viene indicata la proporzione di ciascun costo comune che occorre ribaltare sui singoli centri finali.

La *terza fase* separa i costi dei centri finali secondo il tipo di attività svolta ovvero tra l'assistenza per i ricoverati da una parte e le prestazioni per pazienti non degenti dall'altra (ad esempio tra visite ambulatoriali per interni e quelle per esterni). La separazione avviene sulla

base di parametri (*inpatient fractions*) che riflettono la proporzione dei costi sostenuti dall'assistenza rivolta ai ricoverati.

Da ultimo, nella *quarta fase*, i costi dell'attività di ricovero vengono allocati tra i singoli pazienti o tra le diverse categorie di pazienti secondo dei parametri allocativi. Nel primo caso, l'attribuzione dei costi avviene sulla base di un profilo di risorse associato alle prestazioni consumate a livello di paziente. Nel secondo, invece, i parametri riflettono il consumo medio di servizi e di attività erogati da ciascun centro di costo finale ai pazienti inclusi in specifiche categorie. In questo caso, l'oggetto di costo possono essere i DRG (Diagnosis Related Groups) ovvero i gruppi di pazienti omogenei secondo il profilo clinico e l'assorbimento di risorse.

Il modello di allocazione dei costi utilizzato nell'applicativo CAMS (3M™ Cost Allocation Management Software) trae origine dal modello di *costing* di Yale descritto sinteticamente in precedenza. In particolare, l'applicativo utilizzato adotta l'approccio a cascata distribuendo per gruppi APR-DRG (All Patient Refined DRG) - successivamente aggregati nei Medicare DRG - i costi sostenuti da ogni struttura, distinti nelle seguenti 26 categorie di costo:

- unità di supporto alla produzione (o servizi): radiologia diagnostica; radiologia terapeutica; medicina nucleare; diagnostica per immagini; cateterismo cardiaco; immunologia/ematologia; anatomia patologica; microbiologia/chimica clinica; terapie di recupero; sala travaglio/sala parto; pronto soccorso; ECG/EEG; altri servizi clinici specialistici; altri servizi
- unità di produzione (o reparti): degenza non intensiva; terapia intensive; unità coronarica; sala operatoria
- unità per la gestione ed il funzionamento dell'azienda: manutenzione/ammortamenti; utenze; altri costi
- fattori produttivi delle unità di produzione: personale medico; personale infermieristico; farmaci; presidi; protesi

Alle categorie relative alle unità di supporto alla produzione sono stati associati i costi di:

- personale medico specialista e non medico
- beni (sanitari e non)
- altri consumi
- servizi di manutenzione e quote di ammortamento per apparecchiature, mobili e arredi specifici
- godimento beni di terzi

Nei costi delle unità di produzione sono rientrate anche le voci di costo relative a:

- altro personale (ruolo professionale, tecnico e amministrativo)
- beni non sanitari
- servizi in appalto (lavanderia, guardaroba, pulizia, cucina, magazzino economale)
- prestazioni in convenzione
- servizi di manutenzione e quote di ammortamento per apparecchiature, mobili e arredi specifici
- godimento beni di terzi

Le spese per le manutenzioni e gli ammortamenti non attribuiti direttamente, le utenze e tutti gli altri costi amministrativi e generali sono stati localizzati nelle tre categorie dei costi per la gestione ed il funzionamento dell'Azienda.

Per allocare i costi ai DRG sono state utilizzate quattro fonti informative:

- costi delle 26 categorie per struttura
- pesi relativi (o statistiche allocative) per categoria di costo per APR-DRG - sottoclasse di severità della malattia<sup>1</sup>
- durata media della degenza per APR-DRG - sottoclasse di severità della malattia osservata nella struttura
- numero annuo di dimessi dalla struttura

Queste fonti sono utilizzate per applicare i tre tipi diversi di ripartizione dei costi utilizzati dalla metodologia e descritti nella tabella seguente:

Regola di ripartizione	Categoria di costo
Giornata	Unità per la gestione ed il funzionamento dell'azienda
Giornata ponderata	Unità di produzione (reparti di degenza non intensiva): Personale infermieristico; personale medico; assistenza giornaliera ed alberghiera
Pesi relativi per categoria	Unità di produzione (esclusi i costi ripartiti a giornata ponderata); Unità di supporto alla produzione

<sup>1</sup> I pesi relativi per categoria sono derivati da una fonte esterna (dati sui costi per ricovero degli ospedali del Maryland, Stati Uniti)

## **Sistema di classificazione delle prestazioni**

I *Diagnosis Related Groups* (DRG) o Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD) sono un sistema che classifica i dimessi dagli istituti di ricovero per acuti in gruppi significativi dal punto di vista clinico ed omogenei al loro interno in relazione alla quantità ed al tipo di risorse assistenziali consumate durante il ricovero e quindi ai costi sostenuti. Il sistema di classificazione è stato sviluppato empiricamente negli Stati Uniti con l'obiettivo di individuare categorie finali:

- clinicamente significative in quanto raggruppano ricoveri di pazienti con problemi clinici simili
- omogenee rispetto alla quantità di risorse assorbite in quanto caratterizzate da ricoveri di pazienti con profili di trattamento simili
- derivabili dalle informazioni disponibili attraverso una scheda sintetica di raccolta di informazioni a livello di paziente
- mutuamente esclusive ed esaustive di tutti i ricoveri in ospedale
- di numero sufficientemente ridotto da essere effettivamente gestibili

Esistono numerose versioni di DRG che derivano sia dagli aggiornamenti annuali effettuati per tenere conto della evoluzione della pratica clinica e delle modifiche nei sistemi di classificazione delle diagnosi e procedure, sia dalle modifiche nella logica di definizione dei gruppi finali al fine di migliorare l'omogeneità interna dei gruppi o adottare l'uso del sistema a specifici tipi di ospedali. L'analisi dell'evoluzione del sistema di classificazione dei DRG evidenzia la necessità di tenere in considerazione due problematiche emerse dall'utilizzo del sistema come base del Sistema di pagamento prospettico (PPS, *Prospective Payment System*) nell'ambito del programma *Medicare* statunitense:

- la ridotta validità del sistema di classificazione per alcuni sottogruppi di pazienti
- la inadeguata considerazione della complessità clinica dei pazienti.

I successivi affinamenti del sistema hanno pertanto riguardato sia la modifica dei criteri di costruzione delle categorie finali sia un uso più sofisticato delle informazioni - in particolare quelle relative alle patologie concomitanti e complicanze - contenute nelle basi di dati amministrativi derivanti dal *Uniform Hospital Discharge Data Set* (UHDDS) statunitense.

Il sistema di classificazione degli APR-DRG è attualmente il più evoluto della "famiglia" DRG. L'elemento di base del sistema APR-DRG (nella versione 20.0) è rappresentato da 288 DRG consolidati - cioè non differenziati in base all'età o alla presenza di patologie concomitanti e/o complicanze - e 28 categorie finali per pazienti in età neonatale, con l'utilizzo del peso alla

nascita quale variabile classificatoria. Ogni APR-DRG è articolato in quattro sottoclassi che differenziano i pazienti in relazione alla severità della malattia - in termini di entità dello scompenso fisiologico o di perdita di funzionalità di organo - ed al rischio di morte - in termini di probabilità di decesso; tali sottoclassi descrivono l'impatto della gravità clinica sull'intensità di assorbimento di risorse nel processo assistenziale e sul rischio di morte. I modelli clinici per l'attribuzione del rischio di morte e della severità della malattia sono tra loro indipendenti e permettono di individuare, ciascuno, 1.258 combinazioni di APR-DRG e sottoclasse.

La Tabella seguente riporta la distribuzione degli APR-DRG per Categoria diagnostica principale (Major Diagnostic Category, MDC) e per tipologia (C: chirurgico; M: medico) nella versione 20.0.

MDC	Descrizione	Numero APR-DRG per tipologia			Totale
		C	M	Altri	
	Pre-MDC	6	-	-	6
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	6	19	-	25
2	Malattie e disturbi dell'occhio	2	2	-	4
3	<i>Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca, gola e craniofacciali</i>	8	5	-	13
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	2	15	-	17
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	16	16	-	32
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	10	14	-	24
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	5	6	-	11
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	16	9	-	25
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	4	6	-	10
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	4	6	-	10
11	Malattie e disturbi del rene e vie urinarie	8	7	-	15
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	5	2	-	7
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	8	3	-	11
14	Gravidanza, parto e puerperio	6	6	-	12
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	5	23	-	28
16	Malattie e disturbi sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	2	4	-	6
17	<i>Neoplasie maligne del sistema linfatico, emopoietico ed altre neoplasie maligne.</i>	2	5	-	7

	<i>Chemio e radio-terapia</i>				
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	2	5	-	7
19	Malattie e disturbi mentali	1	11	-	12
20	Abuso di alcol e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcol o farmaci	-	6	-	6
21	<i>Traumatismi, avvelenamenti, altre lesioni e altre complicazioni dell'assistenza</i>	1	5	-	6
22	Ustioni	2	2	-	4
23	<i>Riabilitazione, assistenza riabilitativa ed altri fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari</i>	1	4	-	5
24	Infezioni da H.I.V.	-	4	-	4
25	Traumatismi multipli rilevanti	3	1	-	4
	APR-DRG 950, 951 e 952 (intervento non correlato alla diagnosi principale)	3	-	-	3
	APR-DRG 955 e 956 (errore)	-	-	2	2
<b>Totale</b>		<b>128</b>	<b>186</b>	<b>2</b>	<b>316</b>

## **Metodi per l'applicazione del modello di analisi dei costi**

Gli attuali sistemi di contabilità (generale, analitica, operative) implementati presso le Aziende sanitarie e le strutture private accreditate non consentono di applicare direttamente CAMS.

Per quanto riguarda le Aziende sanitarie, l'applicazione del modello presuppone lo svolgimento delle seguenti fasi in cui si articola il modello base di CAMS:

- allineamento dei dati contabili
- individuazione dei costi di Presidio (solo per le Aziende territoriali)
- attribuzione dei costi diretti
- allocazione dei costi indiretti, comuni e generali
- determinazione dei costi dell'attività di ricovero ordinario
- classificazione dei servizi o delle attività in categorie omogenee
- aggregazione dei costi secondo le 26 categorie di dettaglio

La prima fase del modello ha presupposto che i sistemi di contabilità di ciascuna Azienda partecipante fossero implementati secondo le indicazioni regionali. Tali indicazioni hanno stabilito un piano dei fattori produttivi e dei conti omogeneo tra le strutture ospedaliere, insieme a dei criteri simili di attribuzione dei costi diretti e indiretti tra i centri di responsabilità/centri di costo (CdR/cdc). Questa fase era finalizzata a ricercare l'allineamento fra i dati della contabilità analitica (COAN) e quelli del bilancio pre-consuntivo.

L'allineamento ha richiesto innanzi tutto di estrapolare e confrontare i costi dalla contabilità analitica (COAN) con i valori della contabilità generale (COGE) che alimentavano il bilancio aziendale. In secondo luogo, i costi allocati per CdR/cdc (COAN) sono stati allineati al totale di bilancio, applicando a ciascuna voce l'incremento percentuale che esprime la differenza fra i dati. Questa procedura ha permesso di utilizzare, nell'applicativo CAMS, i dati più aggiornati rispetto al periodo di riferimento del lavoro.

La seconda fase (solo per le Aziende territoriali) si è posta come obiettivo quello di incorporare, dalla contabilità analitica dell'Azienda, i costi imputabili distintamente all'attività dei singoli presidi ospedalieri ovvero i cosiddetti costi diretti di Presidio definiti tali dalle indicazioni contenute nelle linee guida regionali. Si trattava, quindi, di tralasciare i costi dei servizi territoriali e residenziali e dei servizi della area centrale e l'insieme delle voci dei costi indiretti, comuni e generali disponibili solo in forma aggregata per il totale dei presidi afferenti la medesima Azienda territoriale.

La terza fase (o seconda per le Aziende ospedaliere) era finalizzata ad attribuire i costi diretti (di presidio o di Azienda ospedaliera) desumibili da COAN alle categorie di servizi o attività previste da CAMS. Tra i costi diretti figuravano il personale, i beni di consumo, i servizi e le attrezzature che erano stati impiegati esclusivamente o in misura prevalente da ciascun CdR/cdc.

La quarta fase (o terza per le Aziende ospedaliere) è stata rivolta all'allocazione dei costi indiretti tra le categorie di servizi e attività. Questa fase si è articolata in due passaggi. Nel primo si sono estrapolati i costi complessivi dei servizi di pulizia, lavanderia e guardaroba, cucina - gestiti in economia o acquistati all'esterno – e i costi di funzionamento del magazzino economale. Con il secondo passaggio, le Aziende provvedevano ad allocare i costi di questi servizi in conformità a criteri omogenei. In questa fase si è proceduto all'allocazione per Presidio dei costi comuni e generali disponibili solo in forma aggregata per il totale dell'area ospedaliera afferente la medesima Azienda territoriale o per il complesso dell'Azienda territoriale senza distinzione per livello assistenziale (ospedale e territorio).

La quinta fase (o quarta per le Aziende ospedaliere) ha comportato la stima dei costi dell'assistenza rivolta ai pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario. Questa fase ha richiesto di scorporare dai costi totali attribuiti ai servizi e alle attività, i consumi imputabili ai ricoveri diurni, ai dimessi dalle unità operative o strutture di recupero e riabilitazione motoria (codice di disciplina 56), neuroriabilitazione (codice 75) e unità spinale (codice 28), alle prestazioni ambulatoriali per i pazienti esterni (non degenti), alle funzioni sanitarie ed ai costi riferibili all'attività di fatturazione diretta. Si tratta, in altri termini, di determinare la quota dei costi ascrivibili ai soli ricoveri ordinari acuti. La quota è stata calcolata distintamente secondo i servizi considerati (esclusi il Centro trasfusionale, il Centro donatori organi e le unità mobili di trasporto).

Sostanzialmente, le fasi descritte in precedenza sono state ritenute valide anche per l'applicazione del modello CAMS alle strutture private. Pertanto, è stata predisposta una versione delle linee-guida e delle indicazioni operative specifica per le strutture private, basata su tali fasi ed affinata in base agli strumenti contabili utilizzati. In modo particolare, l'applicazione del modello proposto permette di determinare la quota dei costi ascrivibili ai soli ricoveri ordinari erogati in regime di accreditamento.

## **Modalità di raccolta dei dati di costo e principali verifiche nei valori delle matrici**

Per guidare il processo di lettura dei dati di costo, si è fatto ricorso nuovamente ai fogli di calcolo di excel (i.e. matrici). Tali fogli sintetizzano i passi successivi di calcolo descritti nelle linee-guida e nelle note integrative alla rilevazione dei costi e permettono una verifica dei valori.

Anche in questa edizione le matrici sono state sottoposte ad una intensa attività di analisi di controllo che ha rilevato ancora un miglioramento. Le Aziende partecipanti alla rilevazione hanno contribuito a ridurre significativamente le criticità che erano ancora presenti nei costi del 2008 e che sono state evidenziate durante l'incontro tenutosi in Regione il 9 luglio 2010.

Le principali verifiche che sono state condivise con i referenti delle strutture sono legate alle differenze significative in termini di definizione e misurazione:

- dell'attività libera professione intramoenia (pura vs auto convenzionamento);
- della dispensazione diretta di farmaci in ospedale (consegna dei farmaci del primo ciclo di cura ai pazienti dimessi) eseguita dalla farmacia (ospedaliera o meno);
- dell'acquisto di prestazioni di trasporti sanitari;
- dell'attività di ricovero diurno o specialistica ambulatoriale per esterni;
- delle prestazioni a favore dei ricoveri non acuti (dimessi da unità operative di riabilitazione motoria (codice di disciplina 56), neuroriabilitazione (codice 75) e unità spinale (codice 28).

Per alcune aziende, queste osservazioni hanno comportato nuovamente degli scostamenti sensibili in termini di distribuzione percentuale dei costi totali tra le 26 categorie di CAMS da un'edizione all'altra (2008 vs 2009) e rispetto alla media.

## **Risultati**

Di seguito sono riportati i principali risultati relativi alle strutture pubbliche.

I risultati parziali ottenuti dalle strutture private non sono contenuti in questo documento nonostante siano stati comunque utilizzati - ove appropriato - per confrontarli con quelli delle strutture pubbliche.

Lo studio ha rilevato tutti i costi, pari a 1.155.142.665 Euro, che sono stati sostenuti da ciascuna Azienda ospedaliera e territoriale nel 2009 (1.106.493.357 nel 2008) di cui

888.474.597 per l'attività svolta nei presidi. Sono esclusi dai costi totali quelli associati al finanziamento e gestione dell'assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica ambulatoriale territoriale, semiresidenziale, residenziale e collettiva, i costi non operativi<sup>2</sup> ed i costi di ammortamento degli immobili. Sono inoltre esclusi i costi figurativi che non concorrono alla determinazione dei risultati complessivi della gestione, come i costi del personale medico-universitario (eccetto la cosiddetta indennità De Maria - art. 31 DPR 761 – e gli oneri a carico della struttura), volontario, borsista, ed i costi associati agli spazi o alle attrezzature disponibili a titolo gratuito.

Il modello utilizzato ha portato all'attribuzione del 45% del totale dei costi regionali sull'attività di ricovero ordinario (43,95% nel 2008). Nella tabella sottostante sono riportati i costi totali rilevati per Azienda e per Presidio nonché la quota dei costi dei ricoveri . Segue un confronto con i costi rilevati per l'anno 2008.

---

<sup>2</sup> Accantonamenti; variazione rimanenze; oneri finanziari; svalutazione attività finanziarie; sopravvenienze passive; insussistenze attive; minusvalenze; imposte e tasse, esclusa l'IRAP

Struttura	Descrizione	Totale costi per Azienda 2009 (in euro)	Totale costi per Presidio 2009 (in euro)	Totale costi ricoveri ordinari acuti 2009 (in euro)	% costi ricoveri ordinari acuti sul totale Presidio 2009	% costi ricoveri ordinari acuti sul totale Azienda 2009
100801	P.O. A Città di Castello		63.568.840	32.053.630	50,42%	21,63%
100810	P.O. B Branca ex Gubbio		44.310.479	23.631.409	53,33%	15,94%
<b>TOTALE ASL 1</b>		<b>148.218.697</b>	<b>107.879.319</b>	<b>55.685.039</b>	<b>51,62%</b>	<b>37,57%</b>
100803	P.O. unificato USL 2	185.523.012	87.641.184	31.713.630	36,19%	17,09%
<b>TOTALE ASL 2</b>		<b>185.523.012</b>	<b>87.641.184</b>	<b>31.713.630</b>	<b>36,19%</b>	<b>17,09%</b>
100809	P.O. A Foligno		102.031.728	43.690.663	42,82%	21,42%
100805	P.O. B Spoleto		51.631.130	23.943.639	46,37%	11,74%
<b>TOTALE ASL 3</b>		<b>203.925.743</b>	<b>153.662.858</b>	<b>67.634.302</b>	<b>44,01%</b>	<b>33,17%</b>
100807	P.O. A Narni-Amelia		35.152.172	19.189.187	54,59%	12,58%
100806	P.O. B Orvieto		39.252.792	21.692.067	55,26%	14,22%
<b>TOTALE ASL 4</b>		<b>152.588.941</b>	<b>74.404.964</b>	<b>40.881.254</b>	<b>54,94%</b>	<b>26,79%</b>
100901	A.O. Perugia	309.019.358	309.019.358	210.516.701	68,12%	68,12%
100902	A.O. Terni	155.866.914	155.866.914	113.348.637	72,72%	72,72%
<b>Totale 2009</b>		<b>1.155.142.665</b>	<b>888.474.597</b>	<b>519.779.563</b>	<b>58,50%</b>	<b>45,00%</b>
<b>Totale 2008 (1)</b>		<b>1.106.493.357</b>	<b>855.939.939</b>	<b>486.347.405</b>	<b>56,82%</b>	<b>43,95%</b>

(1) I dati del 2008 riportati in corrispondenza delle ultime tre colonne non coincidono con quelli della precedente edizione in cui l'ASL 3 adottava un diverso metodo di stima dei costi delle prestazioni a favore dei ricoveri non acuti (riabilitazione e neuroriabilitazione)

<b>Struttura</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Totale costi ricoveri ordinari 2009 (in euro)</b>	<b>Totale costi ricoveri ordinari 2008 (in euro)</b>	<b>% variazione 2009/2008</b>
100801	P.O. A Città di Castello	32.053.630	29.910.186	7,17%
100810	P.O. B Branca ex Gubbio	23.631.409	21.911.430	7,85%
<b>TOTALE ASL 1</b>		<b>55.685.039</b>	<b>51.821.615</b>	<b>7,46%</b>
100803	P.O. unificato USL 2	31.713.630	27.603.168	14,89%
<b>TOTALE ASL 2</b>		<b>31.713.630</b>	<b>27.603.168</b>	<b>14,89%</b>
100809	P.O. A Foligno	43.690.663	42.379.687	3,09%
100805	P.O. B Spoleto	23.943.639	23.362.186	2,49%
<b>TOTALE ASL 3 (1)</b>		<b>67.634.302</b>	<b>65.741.873</b>	<b>2,88%</b>
100807	P.O. A Narni-Amelia	19.189.187	19.591.956	-2,06%
100806	P.O. B Orvieto	21.692.067	21.503.399	0,88%
<b>TOTALE ASL 4</b>		<b>40.881.254</b>	<b>41.095.355</b>	<b>-0,52%</b>
100901	A.O. Perugia	210.516.701	199.646.911	5,44%
100902	A.O. Terni	113.348.637	100.438.483	12,85%
<b>Totale</b>		<b>519.779.563</b>	<b>486.347.405</b>	<b>6,87%</b>

(1) I dati del 2008 non coincidono con quelli della precedente edizione in cui l'ASL3 adottava un diverso metodo di stima dei costi delle prestazioni a favore dei ricoveri non acuti (riabilitazione e neuroriabilitazione)

***Gli schemi seguenti riportano i risultati del processo di ripartizione dei costi per Azienda ospedaliera e territoriale.***

*Tali schemi sintetizzano i diversi passi del processo di rilevazione in cui si articola il modello base di CAMS; tali passi sono anche descritti nelle linee-guida allo studio. Lo schema finale di ogni Azienda riporta i valori e la ripartizione percentuale delle 26 categorie di costo previste dalla metodologia di stima. Tali valori sono stati utilizzati quale dato di input al modello, insieme ai dati di produzione descritti nelle SDO.*

*Anno 2009 – Parte Prima*

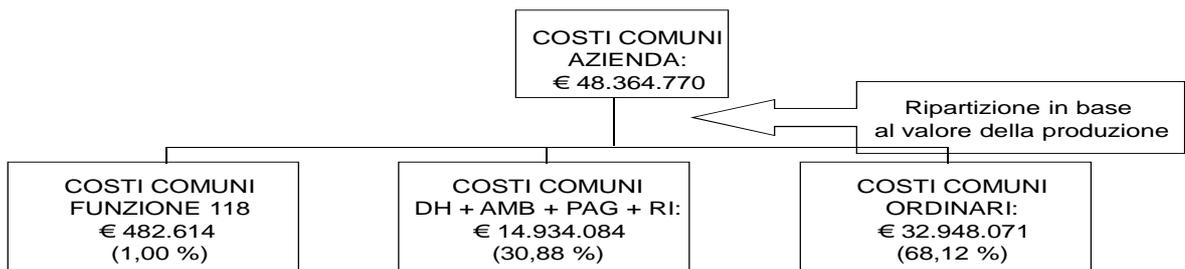
Risultati del processo di ripartizione dei costi

**Azienda Ospedaliera di Perugia**

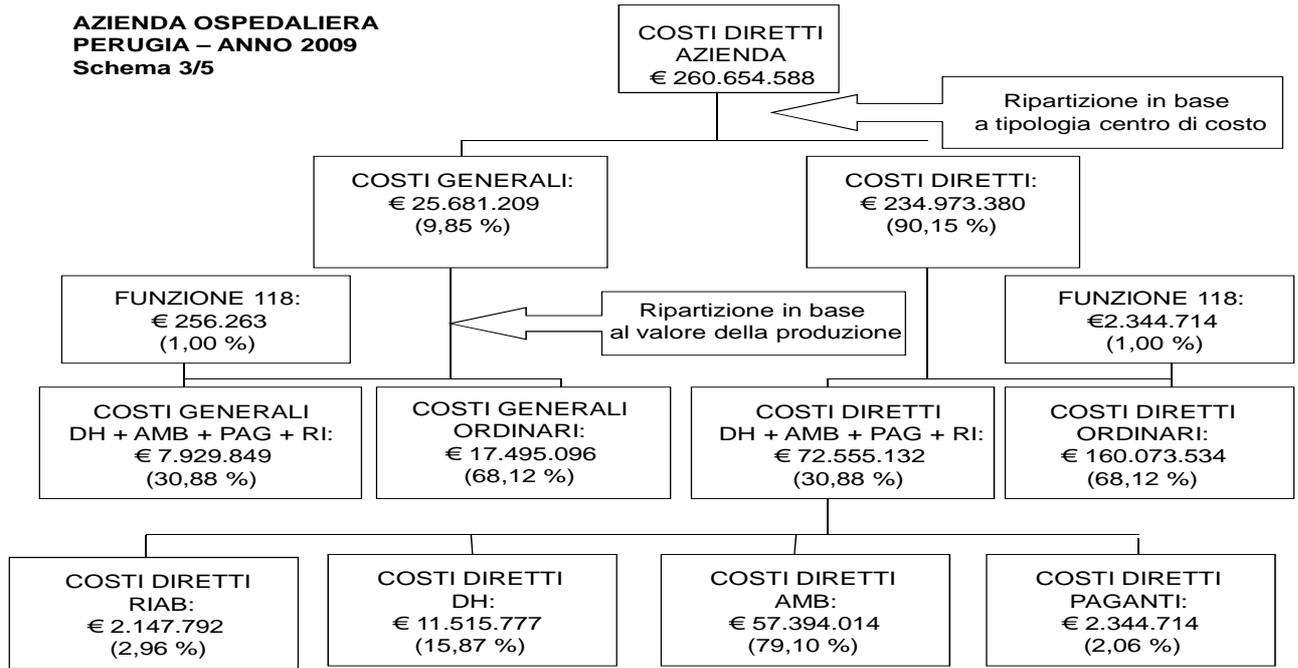
**AZIENDA OSPEDALIERA  
PERUGIA – ANNO 2009  
Schema 1/5**



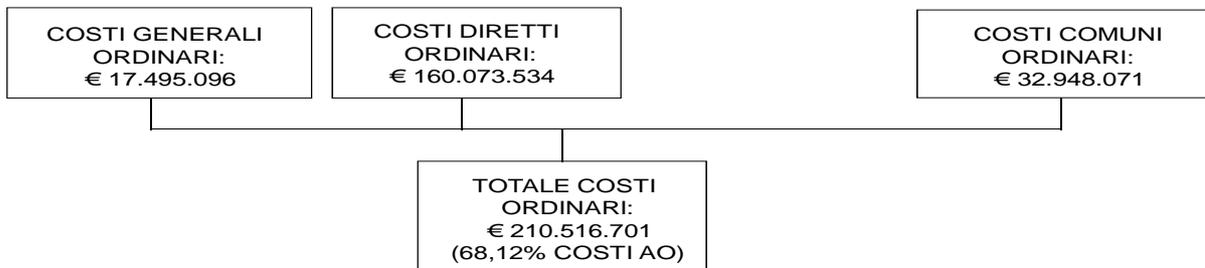
**AZIENDA OSPEDALIERA  
PERUGIA – ANNO 2009  
Schema 2/5**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
PERUGIA – ANNO 2009  
Schema 3/5**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
PERUGIA – ANNO 2009  
Schema 4/5**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
PERUGIA – ANNO 2009  
Schema 5/5**

**TOTALE COSTI  
PRESIDIO - ORDINARI:  
€ 210.516.701**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2008
Pers.infermieristico	21.785.545	10,3%	11,2%
Assistenza giorn.e alb.	12.462.369	5,9%	6,2%
Manutenz./Am.ti	6.742.987	3,2%	3,7%
Utenze	5.130.716	2,4%	3,3%
Altri costi	38.569.463	18,3%	16,8%
Personale medico	34.040.494	16,2%	16,7%
Terapie intensive	4.002.095	1,9%	2,0%
Unità coronarica	4.485.743	2,1%	2,2%
Sala operatoria	15.804.419	7,5%	7,1%
Farmaci	16.764.156	8,0%	8,0%
Radiologia diagnostica	3.103.378	1,5%	1,3%
Radiologia terapeutica	4.357	0,0%	0,0%
Medicina nucleare	192.758	0,1%	0,1%
Diagnostica immagini	3.747.220	1,8%	2,0%
Catet.cardiaco	5.037.655	2,4%	2,5%
Immun.ematologia	2.082.586	1,0%	1,1%
Anatomia patologica	1.380.516	0,7%	0,4%
Mmicrobio.chim.clinica	2.913.778	1,4%	1,4%
Protesi	8.617.606	4,1%	3,5%
Altri presidi	10.747.653	5,1%	5,2%
Terapie di recupero	1.140.185	0,5%	0,0%
Sala travaglio/parto	888.818	0,4%	0,4%
Pronto soccorso	2.819.795	1,3%	1,4%
ECG/EEG	610.245	0,3%	0,3%
Altri serv.clin.special.	808.775	0,4%	0,4%
Altri servizi	6.633.388	3,2%	3,0%

*Anno 2009 – Parte Prima*

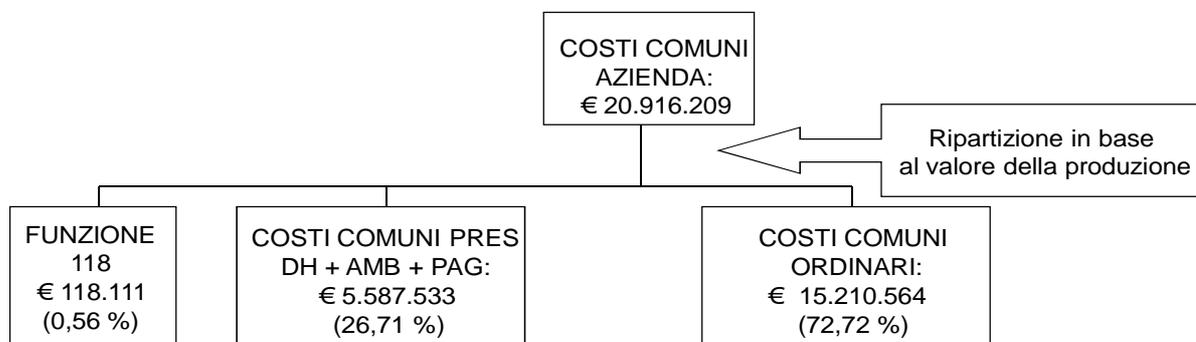
Risultati del processo di ripartizione dei costi

**Azienda Ospedaliera di Terni**

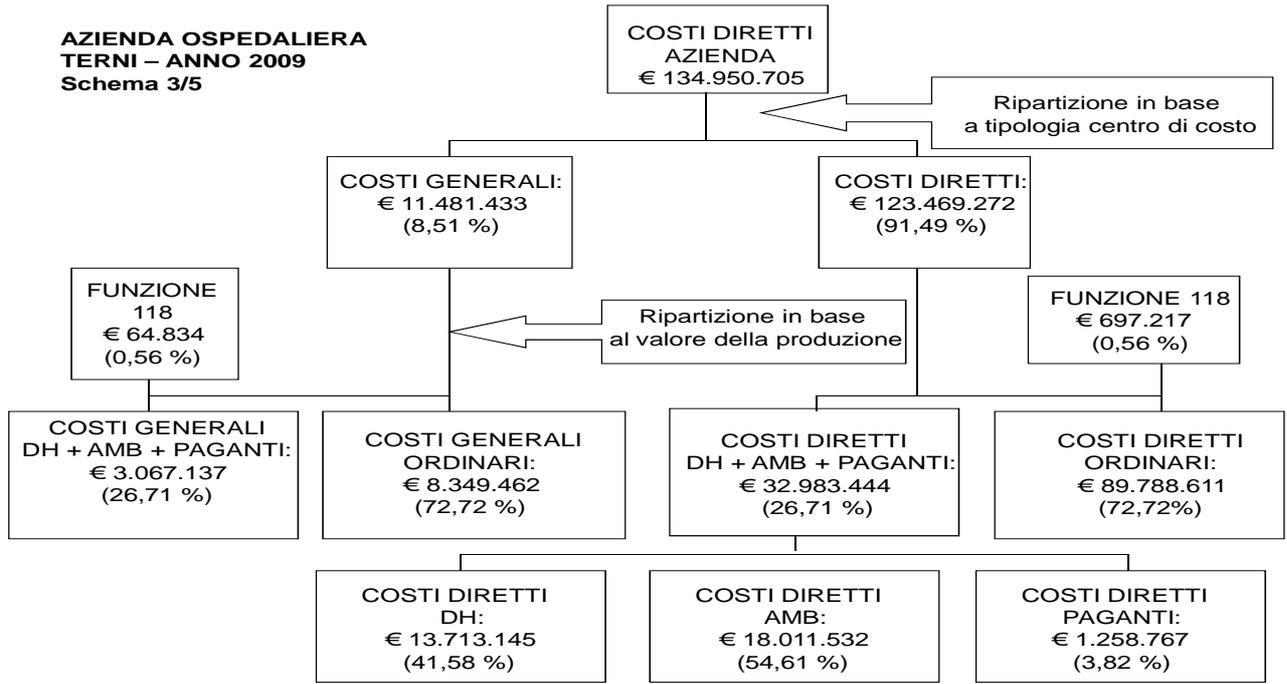
**AZIENDA OSPEDALIERA  
TERNI – ANNO 2009  
Schema 1/5**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
TERNI – ANNO 2009  
Schema 2/5**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
TERNI – ANNO 2009  
Schema 3/5**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
TERNI – ANNO 2009  
Schema 4/5**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
TERNI – ANNO 2009  
Schema 5/5**

**TOTALE COSTI  
PRESIDIO - ORDINARI:  
€ 113.348.637**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2008
Pers.infermieristico	11.826.783	10,4%	11,3%
Assistenza giorn.e alb.	5.422.567	4,8%	4,4%
Manutenz./Am.ti	3.626.101	3,2%	1,7%
Utenze	2.509.585	2,2%	1,8%
Altri costi	17.424.340	15,4%	12,8%
Personale medico	19.268.099	17,0%	18,7%
Terapie intensive	1.814.316	1,6%	1,9%
Unità coronarica	3.029.888	2,7%	4,3%
Sala operatoria	13.112.516	11,6%	12,0%
Farmaci	6.129.146	5,4%	3,9%
Radiologia diagnostica	2.778.476	2,5%	3,5%
Radiologia terapeutica	94.320	0,1%	0,3%
Medicina nucleare	312.368	0,3%	0,2%
Diagnostica immagini	1.364.980	1,2%	1,6%
Catet.cardiaco	4.381.528	3,9%	2,7%
Immun.ematologia	2.354.525	2,1%	2,3%
Anatomia patologica	509.607	0,4%	0,5%
Mmicrobio.chim.clinica	2.271.184	2,0%	2,4%
Protesi	5.627.695	5,0%	5,0%
Altri presidi	3.279.729	2,9%	3,2%
Terapie di recupero	345.650	0,3%	0,2%
Sala travaglio/parto	993.063	0,9%	1,1%
Pronto soccorso	2.017.681	1,8%	1,7%
ECG/EEG	204.325	0,2%	0,3%
Altri serv.clin.special.	1.657.479	1,5%	1,4%
Altri servizi	992.685	0,9%	0,9%

*Anno 2009 – Parte Prima*

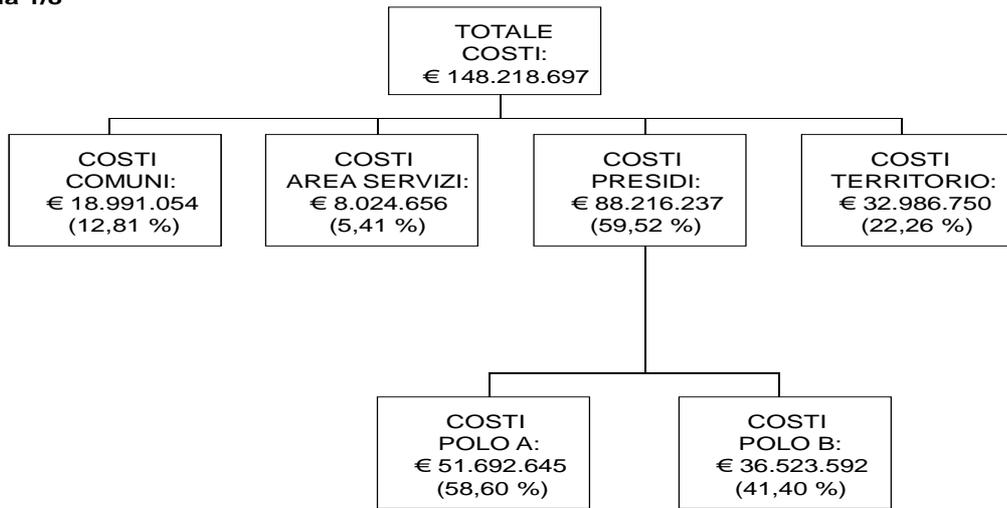
Risultati del processo di ripartizione dei costi

**Azienda Sanitaria Locale n. 1**

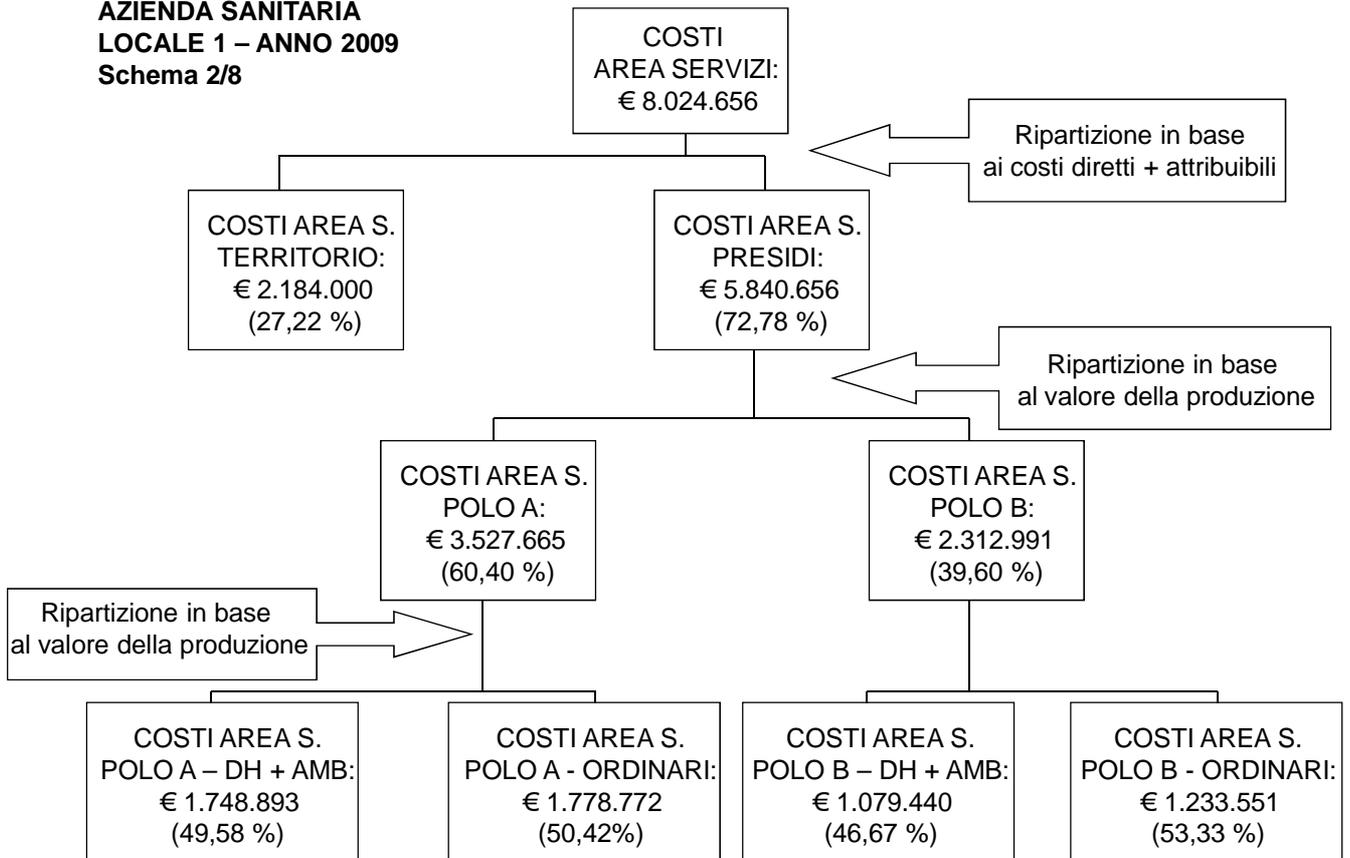
*POLO A (Città di Castello)*

*POLO B (Branca ex Gubbio)*

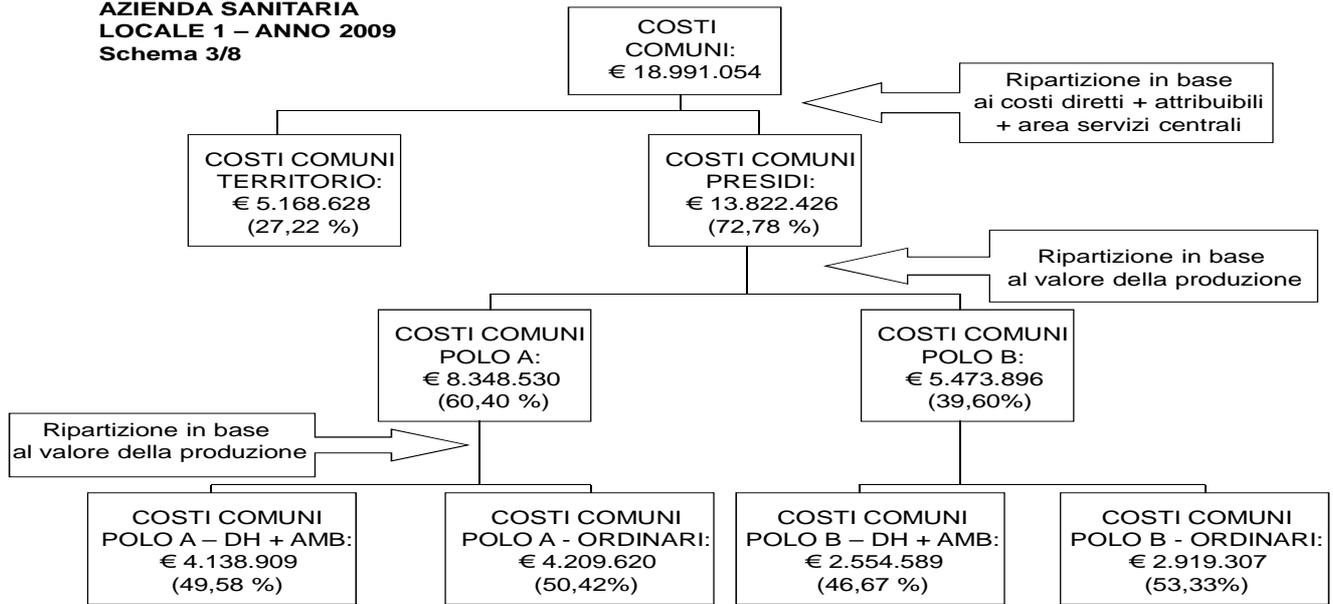
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 1/8**



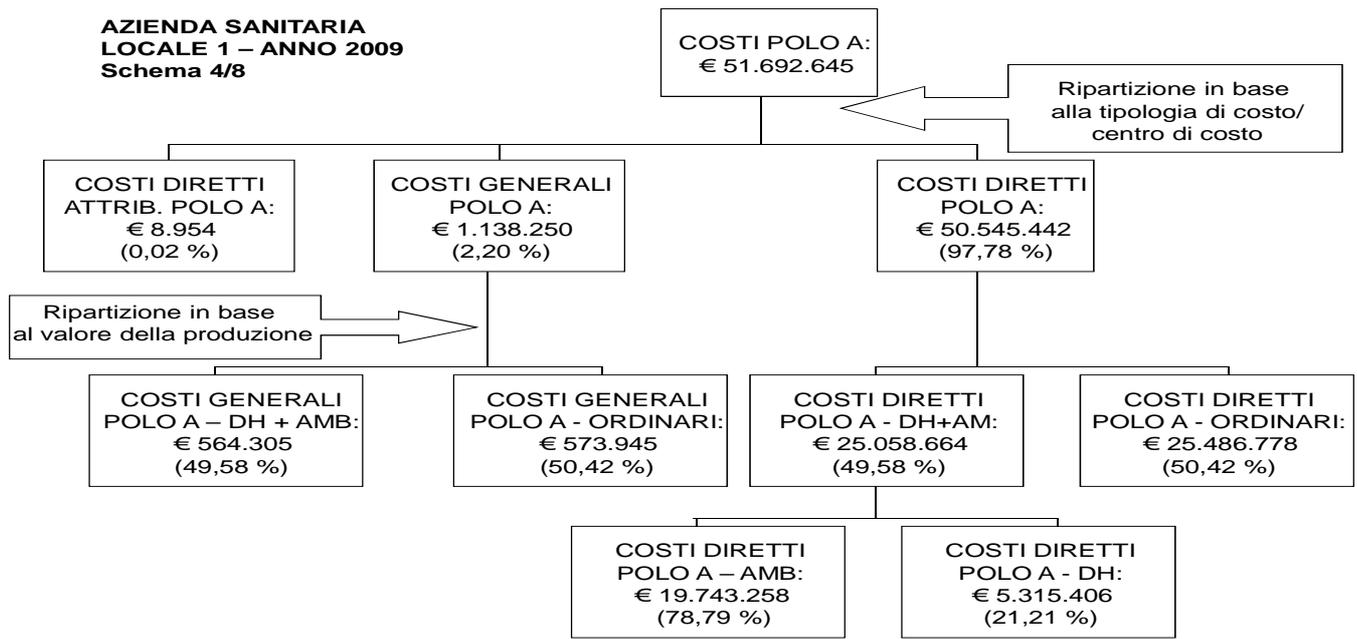
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 2/8**



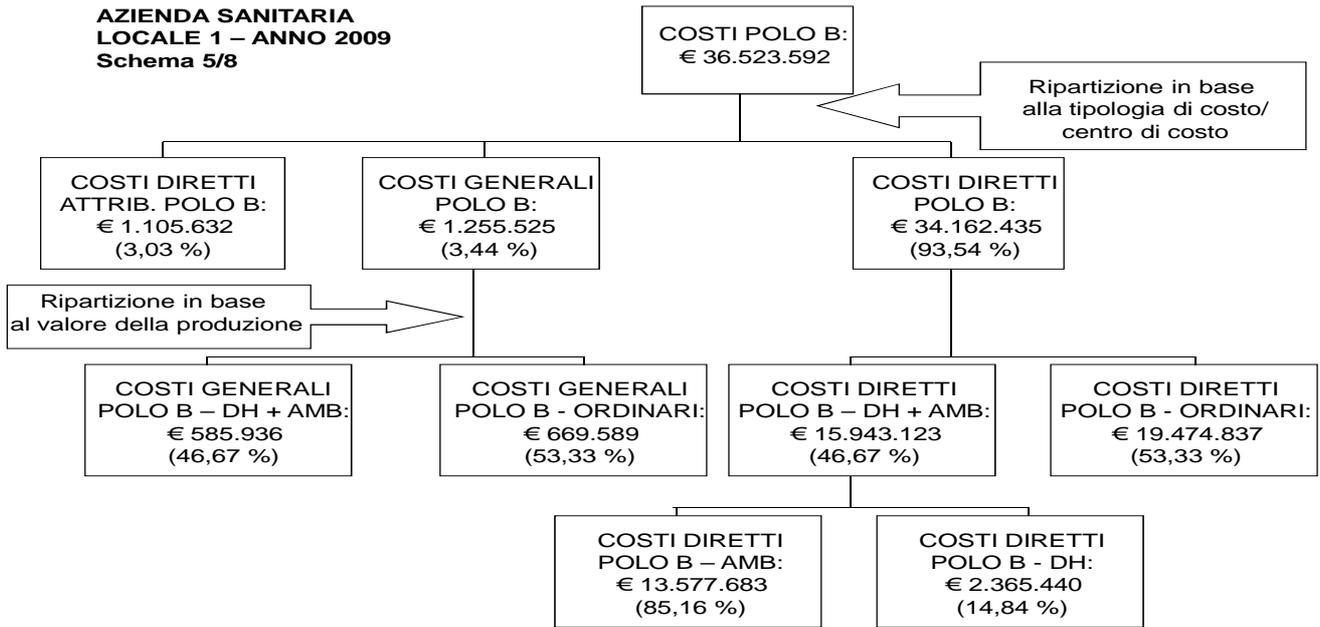
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 3/8**



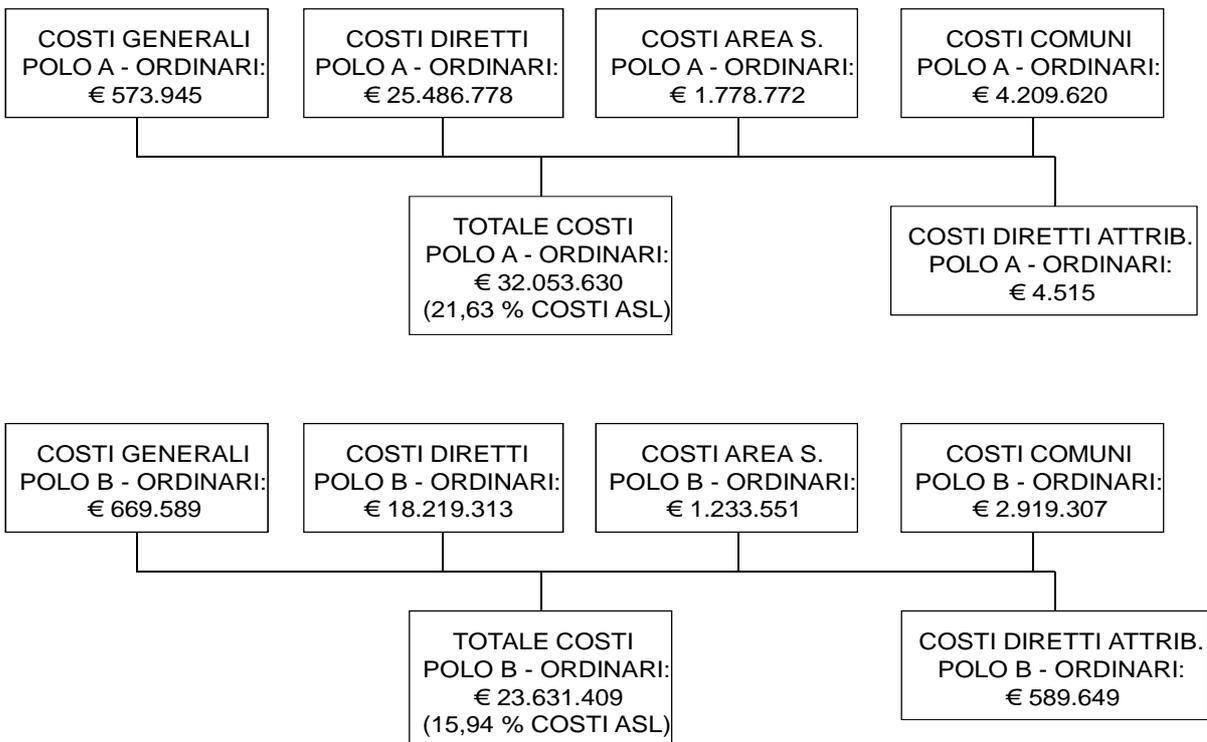
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 4/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 5/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 6/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 7/8**

**TOTALE COSTI  
POLO A - ORDINARI:  
€ 32.053.630**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2008
Pers.infermieristico	6.204.318	19,4%	17,5%
Assistenza giorn.e alb.	2.932.849	9,1%	8,1%
Manutenz./Am.ti	771.729	2,4%	2,5%
Utenze	863.758	2,7%	2,9%
Altri costi	4.931.366	15,4%	16,0%
Personale medico	7.127.810	22,2%	21,9%
Terapie intensive	899.362	2,8%	2,8%
Unità coronarica	314.335	1,0%	1,0%
Sala operatoria	1.783.434	5,6%	5,4%
Farmaci	1.664.813	5,2%	4,9%
Radiologia diagnostica	150.900	0,5%	0,8%
Radiologia terapeutica	-	0,0%	0,0%
Medicina nucleare	-	0,0%	0,0%
Diagnostica immagini	629.039	2,0%	2,5%
Catet. cardiaco	155.223	0,5%	0,6%
Immun.ematologia	173.581	0,5%	0,6%
Anatomia patologica	226.665	0,7%	0,6%
Mmicrobio.chim.clinica	518.795	1,6%	2,1%
Protesi	703.691	2,2%	2,7%
Altri presidi	787.794	2,5%	3,1%
Terapie di recupero	15.574	0,0%	0,1%
Sala travaglio/parto	362.810	1,1%	1,6%
Pronto soccorso	492.286	1,5%	1,2%
ECG/EEG	96.943	0,3%	0,3%
Altri serv.clin.special.	65.375	0,2%	0,3%
Altri servizi	181.182	0,6%	0,6%

**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 1 – ANNO 2009  
Schema 8/8**

**TOTALE COSTI  
POLO B - ORDINARI:  
€ 23.631.409**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2008
Pers.infermieristico	3.895.181	16,5%	18,4%
Assistenza giorn.e alb.	1.826.004	7,7%	7,6%
Manutenz./Am.ti	535.182	2,3%	2,1%
Utenze	599.003	2,5%	2,4%
Altri costi	4.277.911	18,1%	17,9%
Personale medico	5.066.393	21,4%	23,6%
Terapie intensive	828.174	3,5%	3,6%
Unità coronarica	73.194	0,3%	0,5%
Sala operatoria	1.536.226	6,5%	5,7%
Farmaci	682.775	2,9%	2,5%
Radiologia diagnostica	227.324	1,0%	1,1%
Radiologia terapeutica	-	0,0%	0,0%
Medicina nucleare	-	0,0%	0,0%
Diagnostica immagini	466.813	2,0%	2,0%
Catet.cardiaco	864.882	3,7%	0,2%
Immun.ematologia	96.843	0,4%	0,6%
Anatomia patologica	24.132	0,1%	0,1%
Mmicrobio.chim.clinica	434.093	1,8%	2,5%
Protesi	324.498	1,4%	1,6%
Altri presidi	927.103	3,9%	2,9%
Terapie di recupero	-	0,0%	0,0%
Sala travaglio/parto	417.165	1,8%	2,2%
Pronto soccorso	349.668	1,5%	1,7%
ECG/EEG	64.866	0,3%	0,5%
Altri serv.clin.special.	113.980	0,5%	0,3%
Altri servizi	-	0,0%	0,0%

*Anno 2009 – Parte Prima*

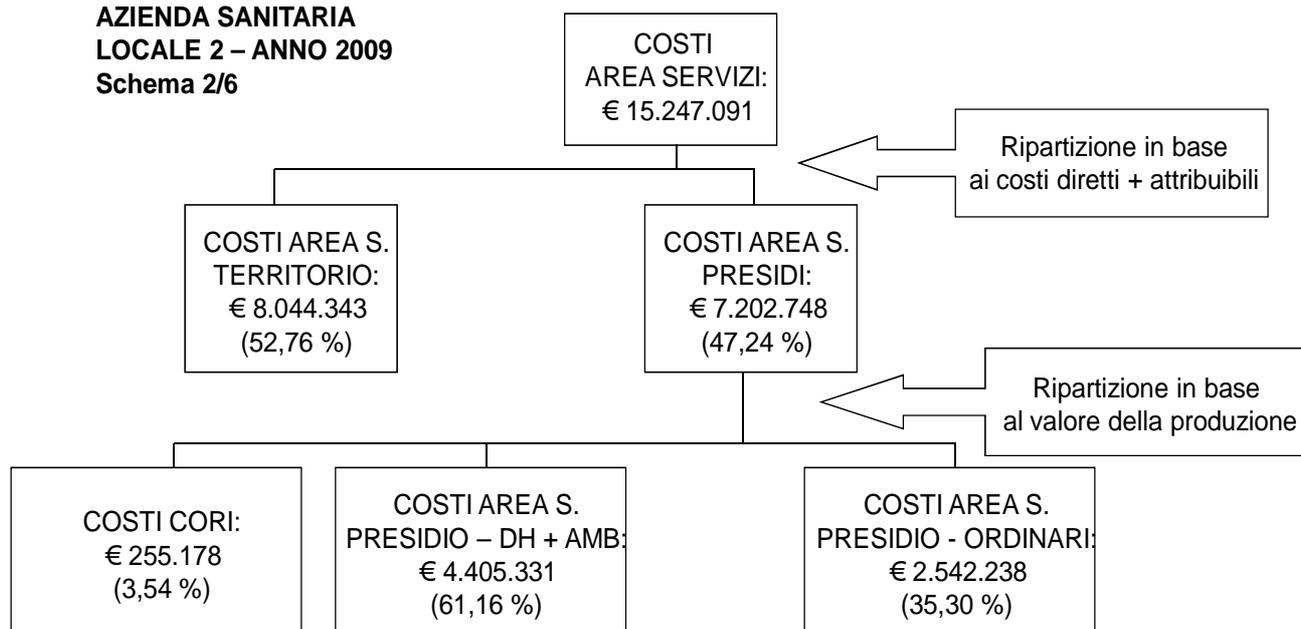
Risultati del processo di ripartizione dei costi

**Azienda Sanitaria Locale n. 2**

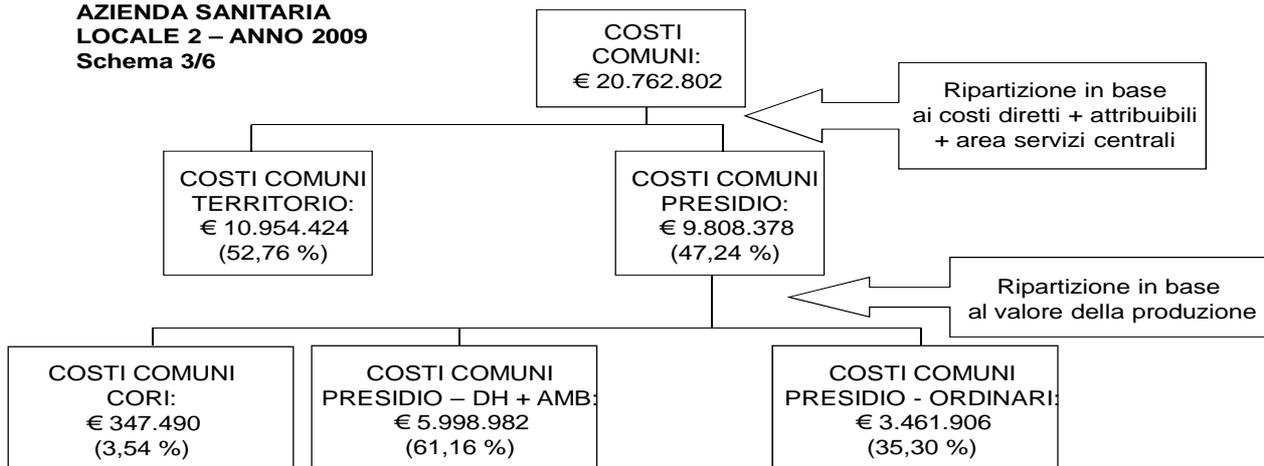
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 2 – ANNO 2009  
Schema 1/6**



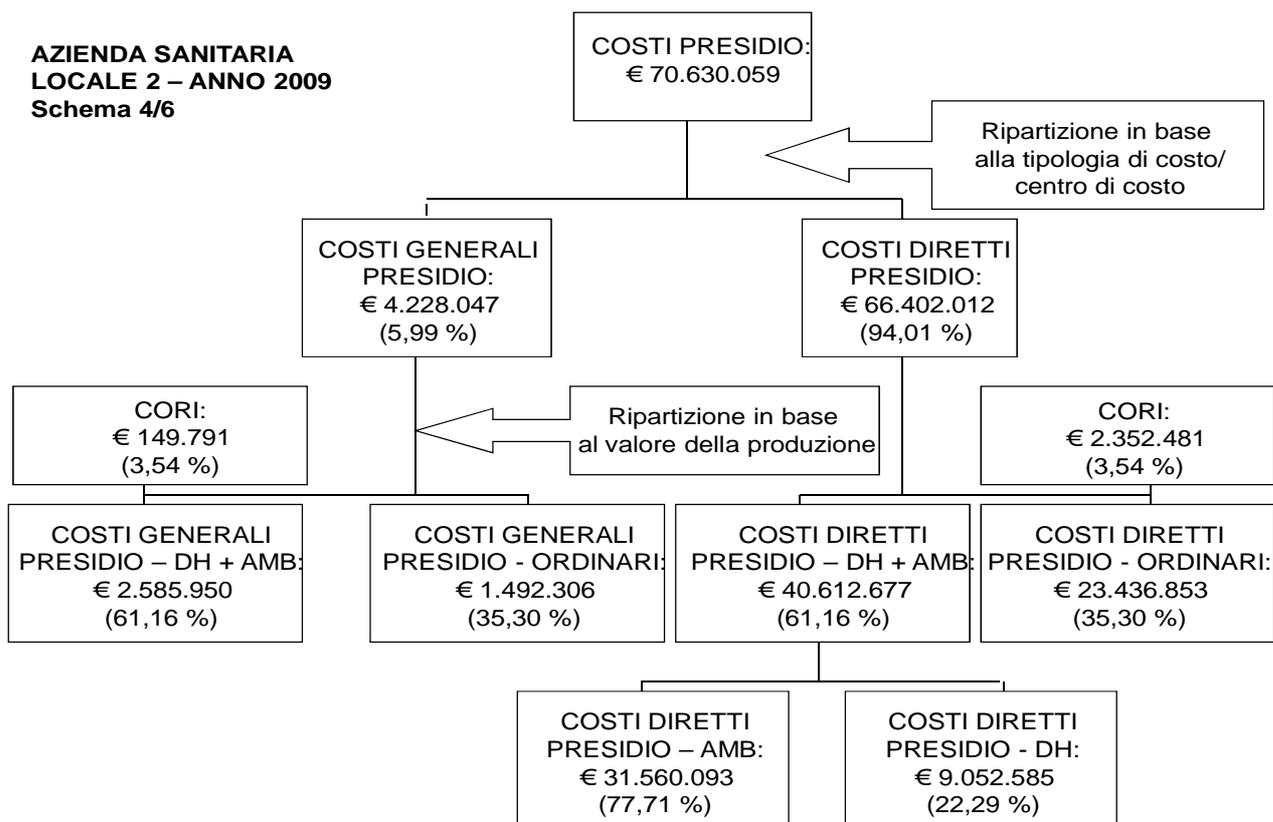
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 2 – ANNO 2009  
Schema 2/6**



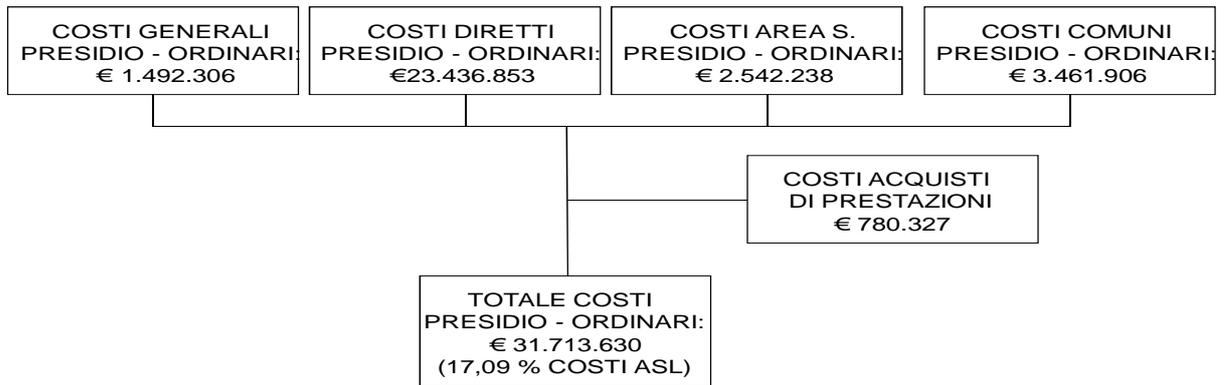
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 2 – ANNO 2009  
Schema 3/6**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 2 – ANNO 2009  
Schema 4/6**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 2 – ANNO 2008  
Schema 5/6**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 2 – ANNO 2009  
Schema 6/6**

**TOTALE COSTI  
PRESIDIO - ORDINARI:  
€ 31.713.630**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2008
Pers.infermieristico	6.174.564	19,5%	20,7%
Assistenza giorn.e alb.	2.715.231	8,6%	6,5%
Manutenz./Am.ti	822.104	2,6%	2,7%
Utenze	636.258	2,0%	2,4%
Altri costi	6.038.088	19,0%	20,2%
Personale medico	6.866.089	21,7%	20,8%
Terapie intensive	-	0,0%	0,0%
Unità coronarica	-	0,0%	0,0%
Sala operatoria	2.684.706	8,5%	7,3%
Farmaci	1.199.621	3,8%	3,4%
Radiologia diagnostica	200.433	0,6%	1,3%
Radiologia terapeutica	-	0,0%	0,0%
Medicina nucleare	-	0,0%	0,0%
Diagnostica immagini	656.116	2,1%	2,5%
Catet.cardiaco	-	0,0%	0,0%
Immun.ematologia	324.897	1,0%	2,3%
Anatomia patologica	373.391	1,2%	0,0%
Mmicrobio.chim.clinica	250.705	0,8%	1,9%
Protesi	104.546	0,3%	0,4%
Altri presidi	779.664	2,5%	3,3%
Terapie di recupero	-	0,0%	0,0%
Sala travaglio/parto	711.315	2,2%	2,7%
Pronto soccorso	623.557	2,0%	1,1%
ECG/EEG	55.206	0,2%	0,3%
Altri serv.clin.special.	497.139	1,6%	1,4%
Altri servizi	-	0,0%	0,0%

*Anno 2009 – Parte Prima*

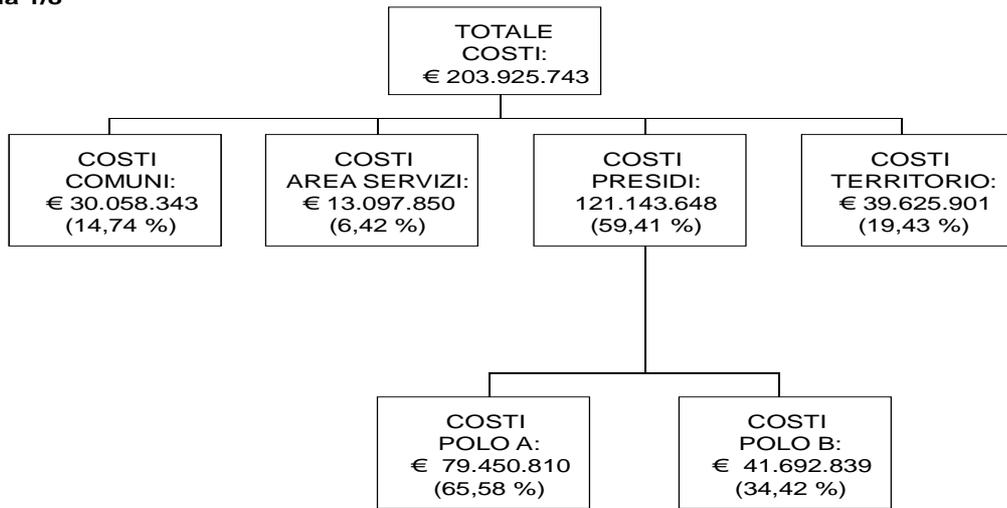
Risultati del processo di ripartizione dei costi

**Azienda Sanitaria Locale n. 3**

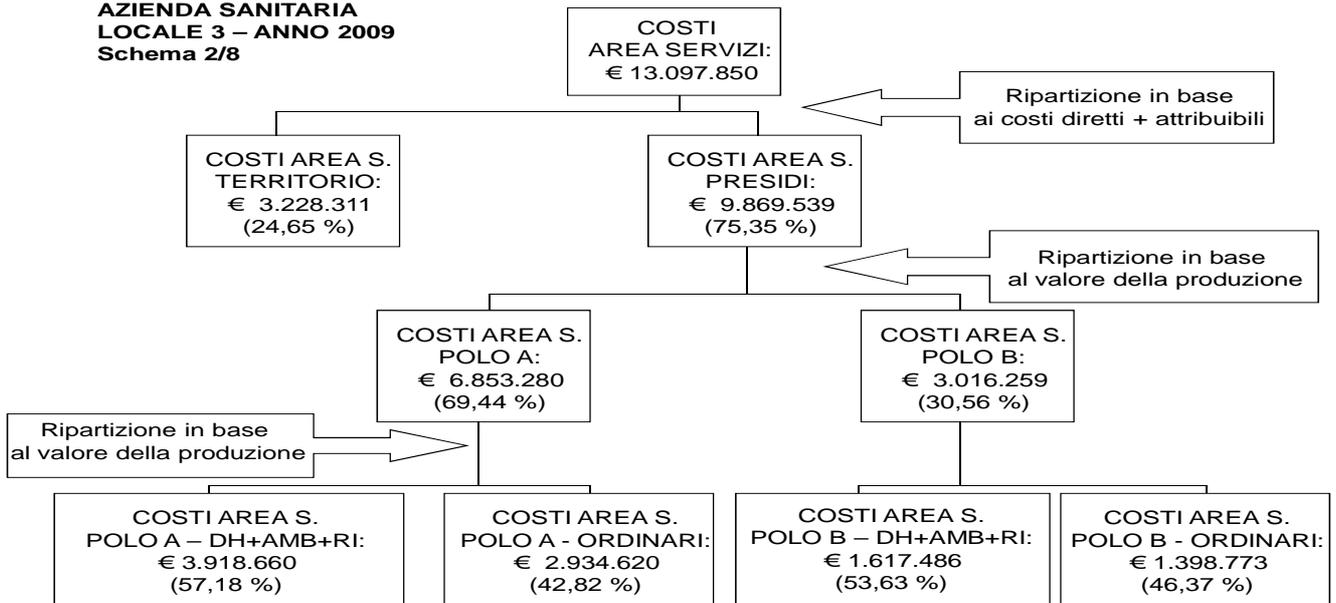
*POLO A (Foligno)*

*POLO B (Spoleto)*

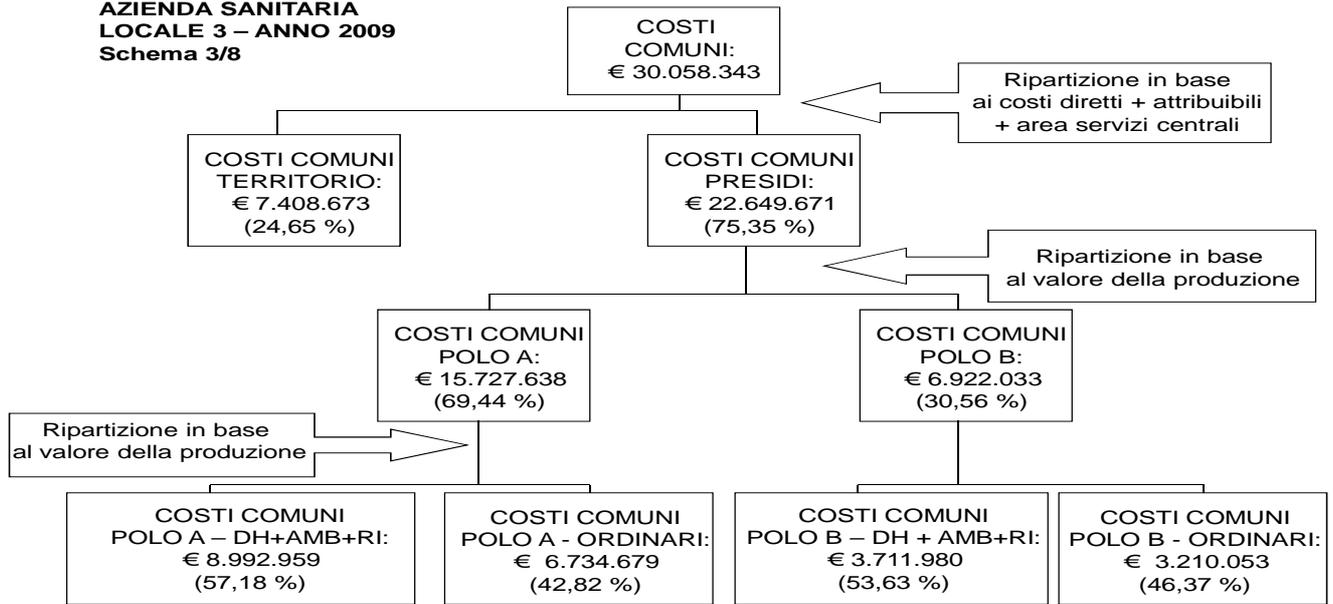
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 1/8**



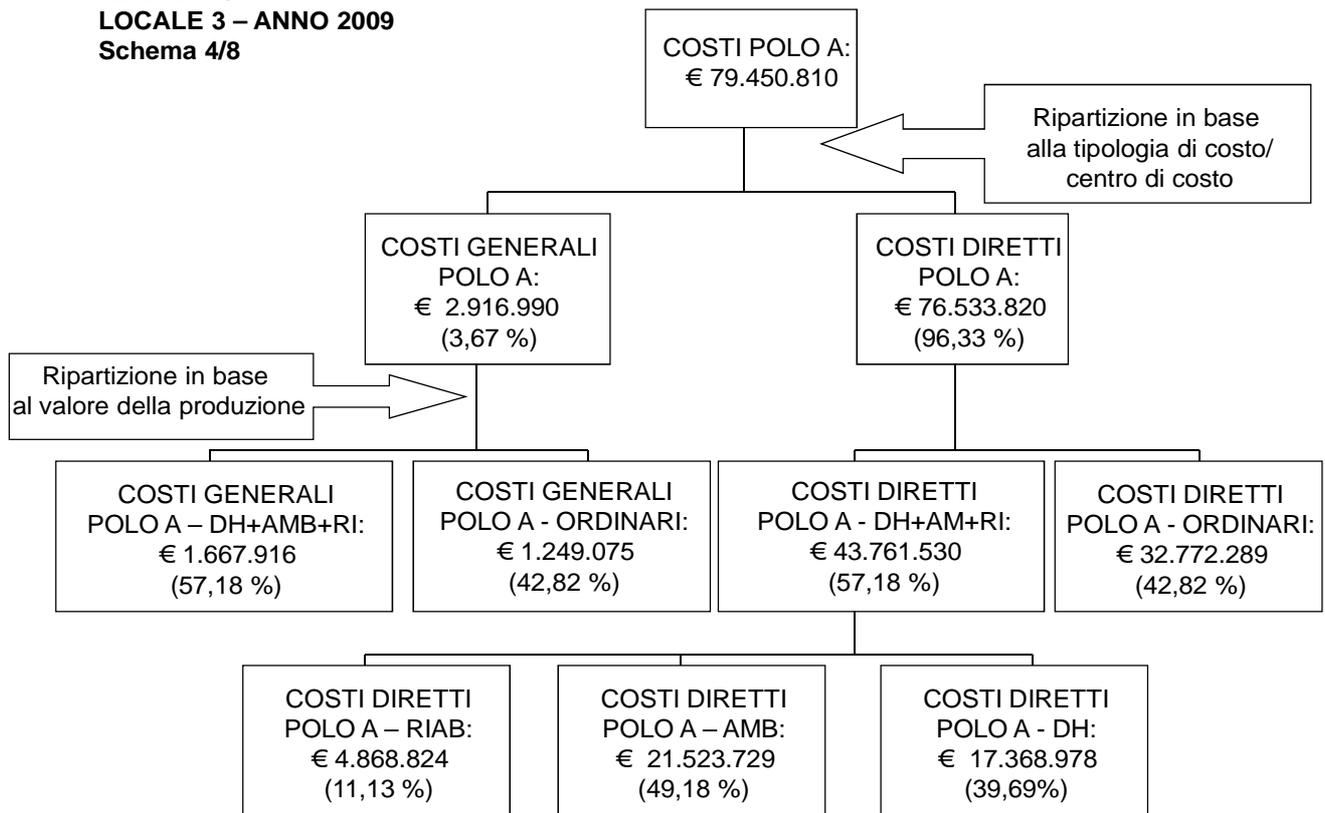
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 2/8**



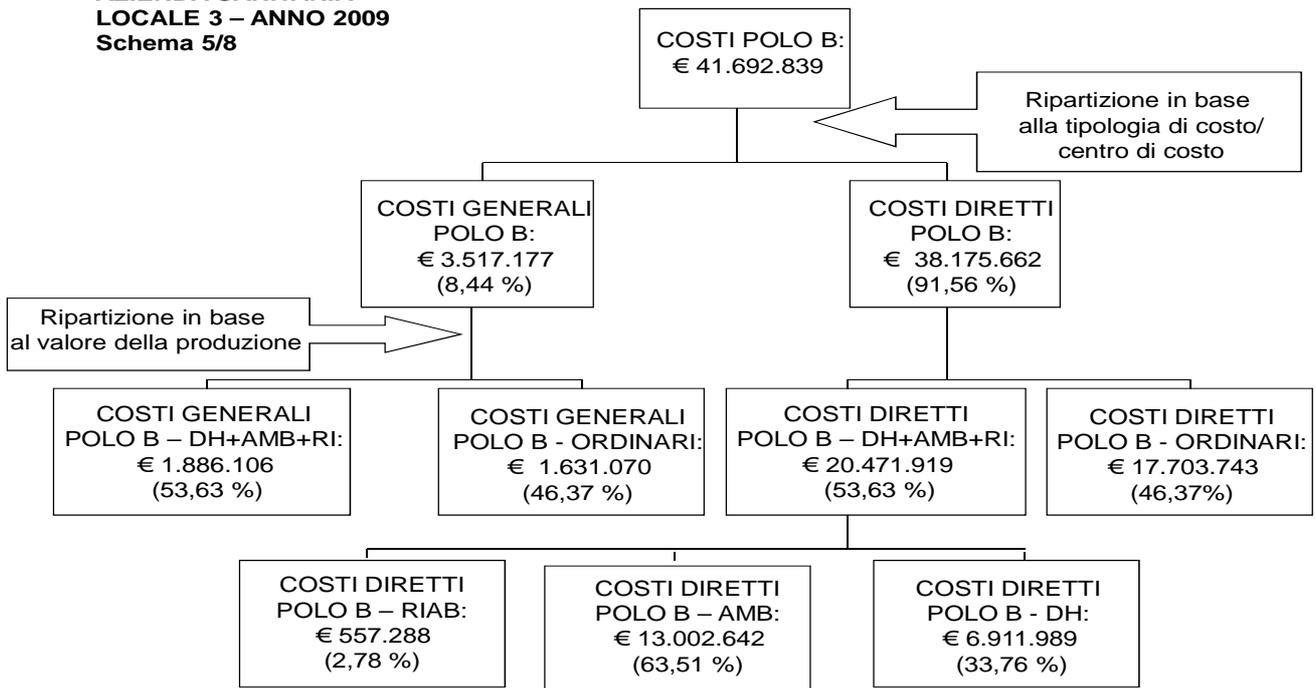
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 3/8**



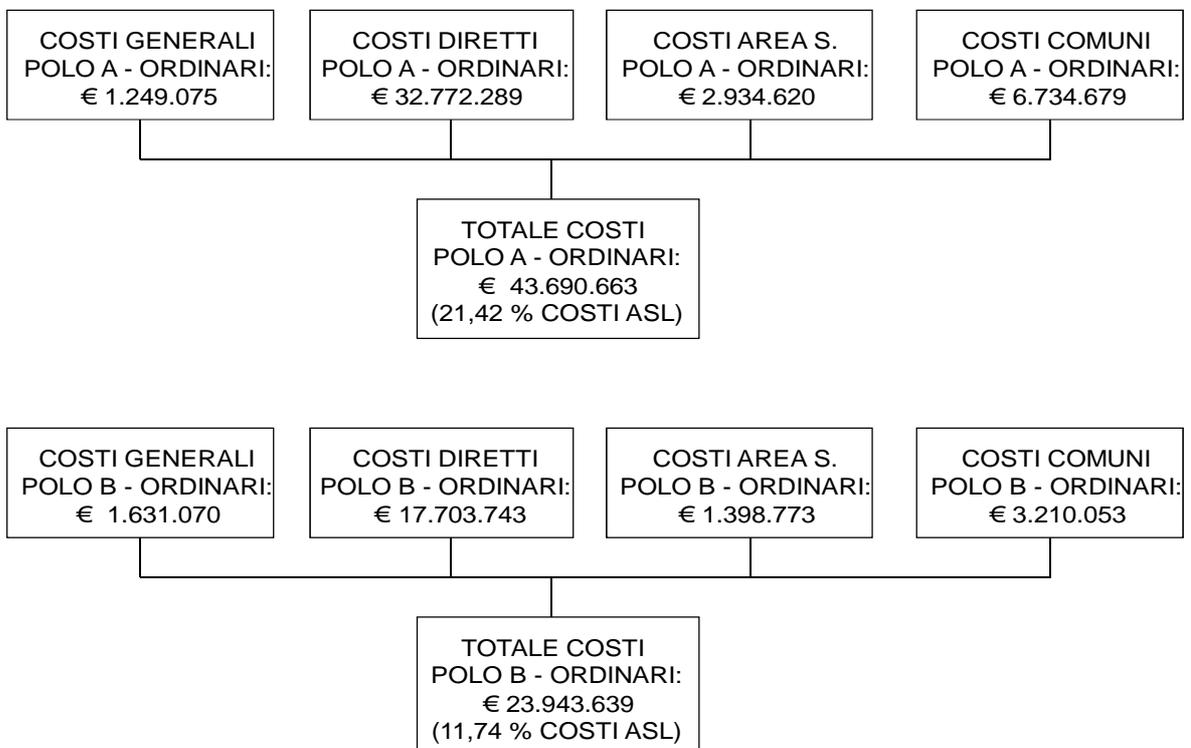
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 4/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 5/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 6/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 7/8**

**TOTALE COSTI  
POLO A - ORDINARI:  
€ 43.690.663**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009
Pers.infermieristico	5.476.531	12,5%
Assistenza giorn.e alb.	2.920.636	6,7%
Manutenz./Am.ti	949.129	2,2%
Utenze	886.129	2,0%
Altri costi	9.083.115	20,8%
Personale medico	8.929.049	20,4%
Terapie intensive	1.088.045	2,5%
Unità coronarica	475.581	1,1%
Sala operatoria	3.987.737	9,1%
Farmaci	1.336.880	3,1%
Radiologia diagnostica	609.636	1,4%
Radiologia terapeutica	-	0,0%
Medicina nucleare	-	0,0%
Diagnostica immagini	847.477	1,9%
Catet cardiaco	544.117	1,2%
Immun.ematologia	242.272	0,6%
Anatomia patologica	468.803	1,1%
Mmicrobio.chim.clinica	1.900.642	4,4%
Protesi	865.930	2,0%
Altri presidi	735.427	1,7%
Terapie di recupero	409.808	0,9%
Sala travaglio/parto	960.637	2,2%
Pronto soccorso	260.509	0,6%
ECG/EEG	-	0,0%
Altri serv.clin.special.	557	0,0%
Altri servizi	712.017	1,6%

**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 3 – ANNO 2009  
Schema 8/8**

**TOTALE COSTI  
POLO B - ORDINARI:  
€ 23.943.639**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2007
Pers.infermieristico	3.056.375	12,8%	12,4%
Assistenza giorn.e alb.	1.577.637	6,6%	5,9%
Manutenz./Am.ti	452.398	1,9%	2,7%
Utenze	422.369	1,8%	1,8%
Altri costi	5.365.129	22,4%	24,7%
Personale medico	5.269.036	22,0%	21,2%
Terapie intensive	747.305	3,1%	3,5%
Unità coronarica	-	0,0%	0,0%
Sala operatoria	3.724.215	15,6%	12,2%
Farmaci	401.594	1,7%	2,5%
Radiologia diagnostica	245.331	1,0%	1,6%
Radiologia terapeutica	-	0,0%	0,0%
Medicina nucleare	-	0,0%	0,0%
Diagnostica immagini	337.857	1,4%	1,3%
Catet.cardiaco	-	0,0%	0,0%
Immun.ematologia	8.867	0,0%	0,1%
Anatomia patologica	206.210	0,9%	0,7%
Microbio.chim.clinica	821.897	3,4%	3,1%
Protesi	485.270	2,0%	1,3%
Altri presidi	289.690	1,2%	1,6%
Terapie di recupero	111.458	0,5%	2,1%
Sala travaglio/parto	62.780	0,3%	0,3%
Pronto soccorso	284.105	1,2%	1,0%
ECG/EEG	-	0,0%	0,0%
Altri serv.clin.special.	184	0,0%	0,0%
Altri servizi	73.932	0,3%	0,2%

*Anno 2009 – Parte Prima*

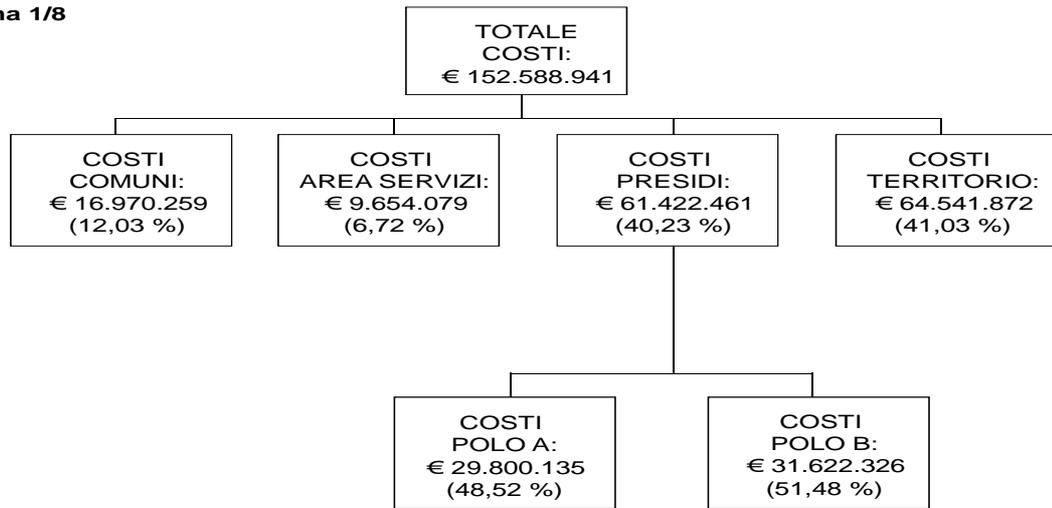
Risultati del processo di ripartizione dei costi

**Azienda Sanitaria Locale n. 4**

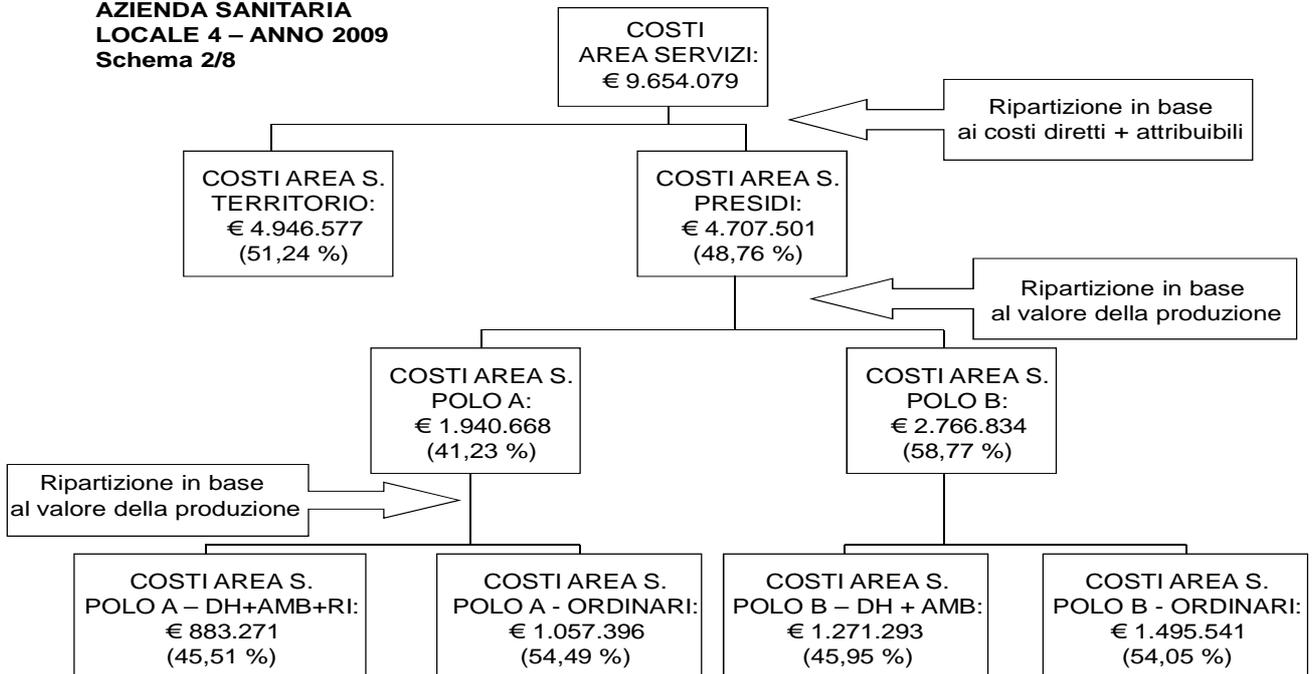
*POLO A (Narni-Amelia)*

*POLO B (Orvieto)*

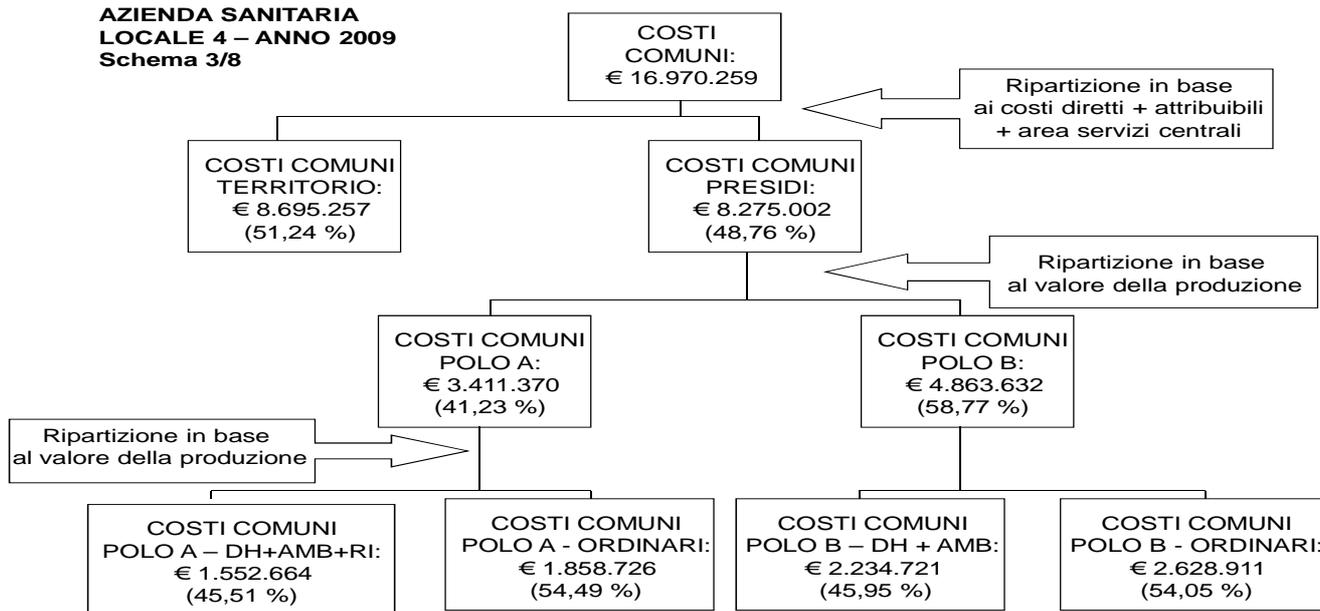
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 1/8**



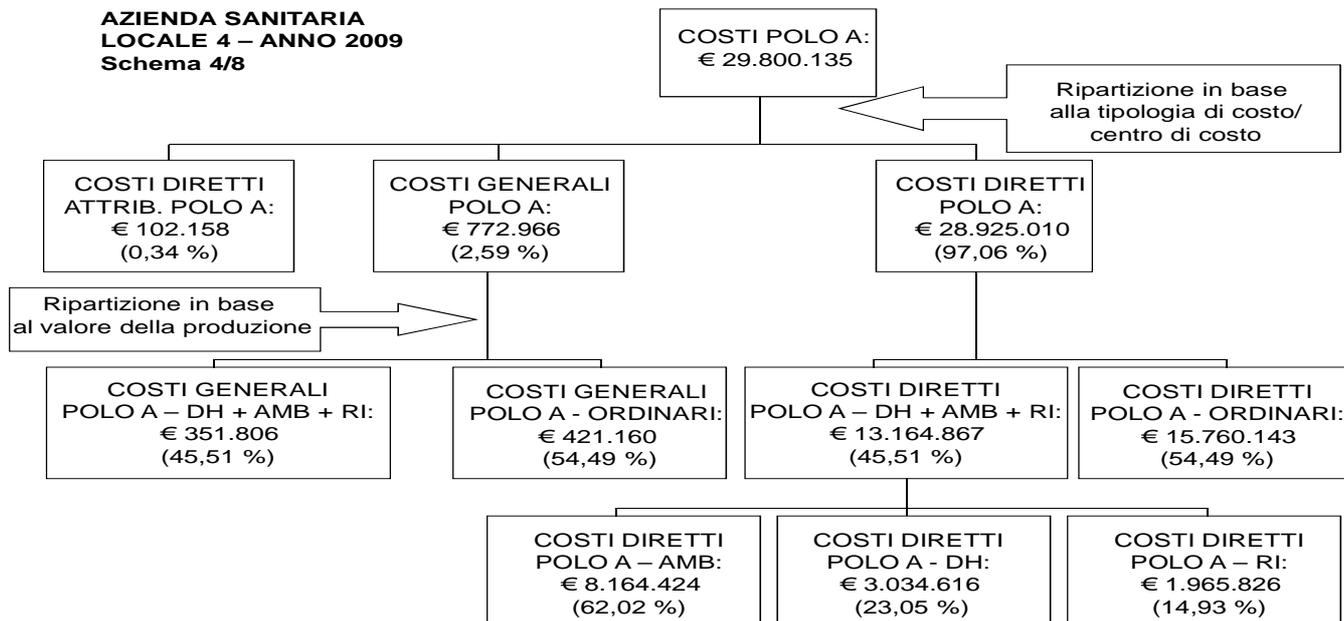
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 2/8**



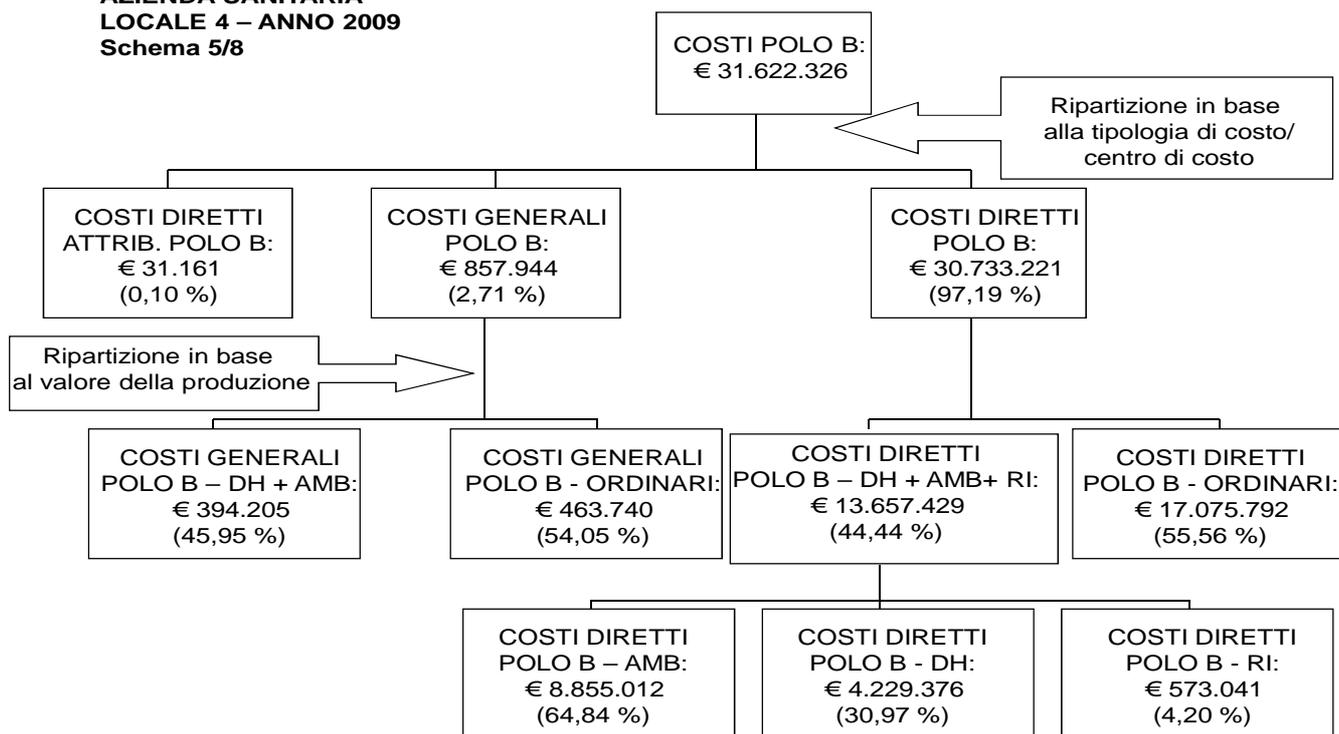
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 3/8**



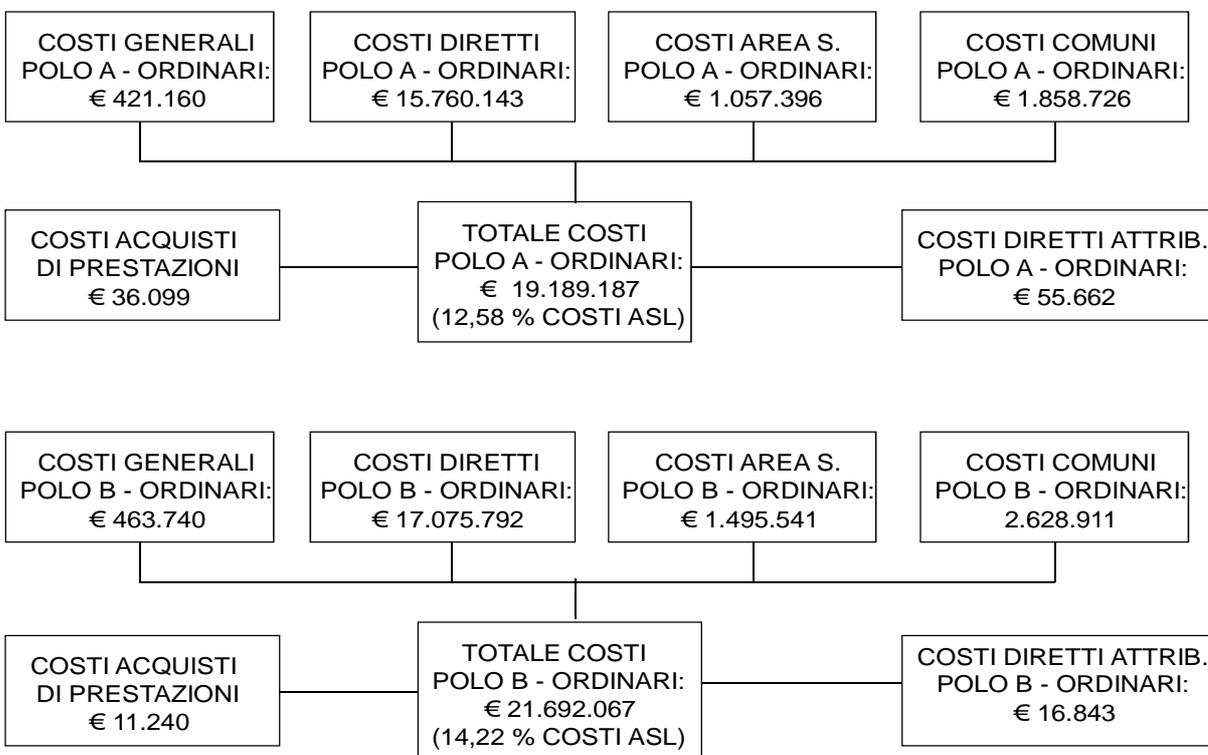
**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 4/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 5/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 6/8**



**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 7/8**

**TOTALE COSTI  
POLO A - ORDINARI:  
€ 19.189.187**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2008
Pers.infermieristico	3.188.975	16,6%	16,3%
Assistenza giorn.e alb.	1.308.945	6,8%	6,5%
Manutenz./Am.ti	280.488	1,5%	2,0%
Utenze	340.532	1,8%	2,1%
Altri costi	2.771.925	14,4%	14,9%
Personale medico	3.420.745	17,8%	18,4%
Terapie intensive	-	0,0%	0,0%
Unità coronarica	-	0,0%	0,0%
Sala operatoria	2.462.454	12,8%	10,9%
Farmaci	834.961	4,4%	3,6%
Radiologia diagnostica	332.209	1,7%	2,2%
Radiologia terapeutica	-	0,0%	0,0%
Medicina nucleare	-	0,0%	0,0%
Diagnostica immagini	309.890	1,6%	1,8%
Catet.cardiaco	9.488	0,0%	0,0%
Immun.ematologia	213.995	1,1%	0,7%
Anatomia patologica	-	0,0%	0,0%
Mmicrobio.chim.clinica	586.371	3,1%	3,3%
Protesi	1.318.660	6,9%	7,5%
Altri presidi	442.257	2,3%	1,9%
Terapie di recupero	-	0,0%	0,0%
Sala travaglio/parto	960.518	5,0%	5,5%
Pronto soccorso	404.610	2,1%	2,1%
ECG/EEG	2.163	0,0%	0,2%
Altri serv.clin.special.	-	0,0%	0,1%
Altri servizi	-	0,0%	0,0%

**AZIENDA SANITARIA  
LOCALE 4 – ANNO 2009  
Schema 8/8**

**TOTALE COSTI  
POLO B - ORDINARI:  
€ 21.692.067**

Categoria	Totale costi (in Euro)	% costi 2009	% costi 2008
Pers.infermieristico	3.196.076	14,7%	18,4%
Assistenza giorn.e alb.	1.513.303	7,0%	7,6%
Manutenz./Am.ti	396.711	1,8%	2,1%
Utenze	481.636	2,2%	2,4%
Altri costi	3.726.688	17,2%	17,9%
Personale medico	3.616.175	16,7%	23,6%
Terapie intensive	458.914	2,1%	3,6%
Unità coronarica	-	0,0%	0,5%
Sala operatoria	1.752.114	8,1%	5,7%
Farmaci	920.888	4,2%	2,5%
Radiologia diagnostica	479.433	2,2%	1,1%
Radiologia terapeutica	-	0,0%	0,0%
Medicina nucleare	-	0,0%	0,0%
Diagnostica immagini	201.829	0,9%	2,0%
Catet.cardiaco	245.282	1,1%	0,2%
Immun.ematologia	171.165	0,8%	0,6%
Anatomia patologica	-	0,0%	0,1%
Mmicrobio.chim.clinica	551.050	2,5%	2,5%
Protesi	1.504.295	6,9%	1,6%
Altri presidi	1.163.305	5,4%	2,9%
Terapie di recupero	-	0,0%	0,0%
Sala travaglio/parto	808.148	3,7%	2,2%
Pronto soccorso	476.965	2,2%	1,7%
ECG/EEG	28.090	0,1%	0,5%
Altri serv.clin.special.	-	0,0%	0,3%
Altri servizi	-	0,0%	0,0%

*Anno 2009 – **Parte Seconda***

Risultati del processo di ripartizione dei costi

La tabella seguente descrive la ripartizione percentuale dei costi stimati per l'attività di ricovero ordinario a livello di struttura tra le 26 categorie di dettaglio. Nell'ultima colonna è riportato il valore di riferimento regionale, che evidenzia che le unità di produzione – insieme alle categorie specifiche dei farmaci, presidi, protesi, personale medico<sup>3</sup> e infermieristico – hanno assorbito il 62,62% dei costi (62,80% nel 2008); il 14,54%% (14,54% nel 2008) ed il 22,85% (22,66% nel 2008) dei costi sono relativi rispettivamente ai servizi sanitari<sup>4</sup> ed alle spese amministrative e generali.

---

<sup>3</sup> Sono esclusi i costi del personale medico-universitario non a carico dell'Azienda Ospedaliera

<sup>4</sup> Ibidem

Categoria		100801 ASL 1 A CITTA' DI CASTELLO	100802 ASL 1 B GUBBIO	100803 ASL 2	100809 ASL 3 A FOLIGNO	100805 ASL 3 B SPOLETO	100807 ASL 4 A NARNI- AMELIA	100806 ASL 4 B ORVIETO	100901 AO PG	100902 AO TR	TOTALE	
Unità di produzione (o reparti)	Terapie intensive	2,81%	3,50%	0,00%	2,49%	3,12%	0,00%	2,12%	1,90%	1,60%	1,87%	
	Unità coronarica	0,98%	0,31%	0,00%	1,09%	0,00%	0,00%	0,00%	2,13%	2,67%	1,59%	
	Sala operatoria Assistenza giorn.e alb.	5,56%	6,50%	8,47%	9,13%	15,55%	12,83%	8,08%	7,51%	11,57%	8,91%	
	Pers.infermieristico	19,36%	16,48%	19,47%	12,53%	12,76%	16,62%	14,73%	10,35%	10,43%	12,54%	
	Personale medico	22,24%	21,44%	21,65%	20,44%	22,01%	17,83%	16,67%	16,17%	17,00%	18,02%	
	Farmaci	5,19%	2,89%	3,78%	3,06%	1,68%	4,35%	4,25%	7,96%	5,41%	5,73%	
	Protesi	2,20%	1,37%	0,33%	1,98%	2,03%	6,87%	6,93%	4,09%	4,96%	3,73%	
	Altri presidi	2,46%	3,92%	2,46%	1,68%	1,21%	2,30%	5,36%	5,11%	2,89%	3,68%	
<b>TOTALE</b>		<b>69,94%</b>	<b>64,15%</b>	<b>64,72%</b>	<b>59,09%</b>	<b>64,95%</b>	<b>67,63%</b>	<b>65,12%</b>	<b>61,14%</b>	<b>61,32%</b>	<b>62,62%</b>	
Unità di supporto alla produzione (o servizi)	Radiologia diagnostica Radiologia terapeutica	0,47%	0,96%	0,63%	1,40%	1,02%	1,73%	2,21%	1,47%	2,45%	1,55%	
	Medicina nucleare Diagnostica immagini	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,28%	0,10%	
	Catet.cardiaco	0,48%	3,66%	0,00%	1,25%	0,00%	0,05%	1,13%	2,39%	3,87%	2,14%	
	Immun.ematologia Anatomia patologica Mmicrobio.chim.clin ica	0,54%	0,41%	1,02%	0,55%	0,04%	1,12%	0,79%	0,99%	2,08%	1,08%	
	Terapie di recupero	0,05%	0,00%	0,00%	0,94%	0,47%	0,00%	0,00%	0,54%	0,30%	0,39%	
	Sala travaglio/parto	1,13%	1,77%	2,24%	2,20%	0,26%	5,01%	3,73%	0,42%	0,88%	1,17%	
	Pronto soccorso	1,54%	1,48%	1,97%	0,60%	1,19%	2,11%	2,20%	1,34%	1,78%	1,47%	
	ECG/EEG Altri serv.clin.special.	0,30%	0,27%	0,17%	0,00%	0,00%	0,01%	0,13%	0,29%	0,18%	0,20%	
	Altri servizi	0,57%	0,00%	0,00%	1,63%	0,31%	0,00%	0,00%	3,15%	0,88%	1,64%	
	<b>TOTALE</b>		<b>9,57%</b>	<b>12,95%</b>	<b>11,64%</b>	<b>15,92%</b>	<b>8,99%</b>	<b>14,69%</b>	<b>13,65%</b>	<b>14,90%</b>	<b>17,89%</b>	<b>14,54%</b>
	Unità per la gestione ed il funzionam. dell'azienda	Manutenz./Am.ti	2,41%	2,26%	2,59%	2,17%	1,89%	1,46%	1,83%	3,20%	3,20%	2,80%
		Utenze	2,69%	2,53%	2,01%	2,03%	1,76%	1,77%	2,22%	2,44%	2,21%	2,28%
Altri costi		15,38%	18,10%	19,04%	20,79%	22,41%	14,45%	17,18%	18,32%	15,37%	17,77%	
<b>TOTALE</b>		<b>20,49%</b>	<b>22,90%</b>	<b>23,64%</b>	<b>24,99%</b>	<b>26,06%</b>	<b>17,68%</b>	<b>21,23%</b>	<b>23,96%</b>	<b>20,79%</b>	<b>22,85%</b>	
		<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	

La tabella successiva propone il numero di casi, il costo medio ed il costo per punto =1 per struttura. Il costo medio di un caso a livello regionale risulta pari a 4.346,66 Euro (4.327,51 nel 2008).

L'Indice di Case Mix (ICM) è calcolato in base ai pesi relativi per APR-DRG e sottoclasse di severità della malattia<sup>5</sup> versione 20.0. Tale indicatore esprime la costosità del caso medio: più alto il valore, più complessi i casi trattati dalla struttura. Il processo di normalizzazione garantisce che il peso relativo medio nella popolazione in studio sia uguale ad 1. L'indicatore "costo per punto = 1" permette un confronto del costo medio per caso dopo avere standardizzato per la complessità della casistica trattata.

Struttura	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)	ICM	ICM normalizzato	Costo per punto = 1 (Euro)
100801	P.O. A Città di Castello	10.408	3.079,71	0,7085	0,8392	3.670,01
100810	P.O. B Branca ex Gubbio	7.192	3.285,79	0,7511	0,8896	3.693,51
<b>TOTALE ASL 1</b>		<b>17.600</b>	<b>3.163,92</b>			
100803	P.O. unificato USL 2	11.567	2.741,73	0,6166	0,7303	3.754,21
100809	P.O. A Foligno	12.560	3.478,56	0,8545	1,0121	3.437,04
100805	P.O. B Spoleto	6.829	3.506,17	0,7996	0,9471	3.702,17
<b>TOTALE ASL 3</b>		<b>19.389</b>	<b>3.488,28</b>			
100807	P.O. A Narni-Amelia	5.501	3.488,31	0,6643	0,7868	4.433,51
100806	P.O. B Orvieto	6.141	3.532,33	0,7069	0,8373	4.218,91
<b>TOTALE ASL 4</b>		<b>11.642</b>	<b>3.511,53</b>			
100901	A.O. Perugia	34.992	6.016,14	0,9807	1,1616	5.179,39
100902	A.O. Terni	24.400	4.645,44	0,9230	1,0932	4.249,34
<b>Totale 2009</b>		<b>119.590</b>	<b>4.346,66</b>	<b>0,8443</b>	<b>1,0000</b>	

(1) Il costo medio del 2008 non coincide con quello della precedente edizione in cui l'ASL 3 adottava un diverso metodo di stima dei costi delle prestazioni a favore dei ricoveri non acuti (riabilitazione e neuroriabilitazione)

<sup>5</sup> Calcolati su una popolazione di circa diciassette milioni di casi acuti dimessi da un campione rappresentativo di 2.382 ospedali ubicati in 38 stati americani

La tabella seguente illustra il costo medio per DRG (N>29) - standardizzato per la severità della malattia - ordinato per numero di casi.

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
391	Neonato sano	6.048	761,97
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5.367	2.040,15
127	Insufficienza cardiaca e shock	3.329	3.840,02
371	Parto cesareo senza CC	2.361	3.659,16
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.919	9.081,95
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.864	1.630,36
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.821	3.927,64
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1.784	5.332,29
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.647	2.180,32
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1.575	1.438,55
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.547	1.441,41
390	Neonati con altre affezioni significative	1.535	1.030,68
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	1.527	3.965,42
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.460	3.559,03
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	1.351	4.952,71
524	Ischemia cerebrale transitoria	1.057	3.032,41
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1036	1.072,67
211	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1024	7.619,54
158	Interventi su ano e stoma senza CC	1012	1.647,72
87	Edema polmonare ed insufficienza respiratoria	1007	4.867,29
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	931	2.486,27
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	881	4.433,23
243	Affezioni mediche del dorso	862	2.776,44
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	841	2.936,27
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	817	1.160,78
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	794	3.389,75
316	Insufficienza renale	790	4.853,01
311	Interventi per via transuretrale senza CC	788	3.559,92
219	Interventi su omero ed arto inferiore eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	776	6.289,87
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	772	2.565,45
181	Occlusione gastrointestinale senza CC	762	2.197,49
15	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	757	4.341,80
576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	746	5.817,63
290	Interventi sulla tiroide	702	4.532,79
208	Malattie delle vie biliari senza CC	696	2.901,66
379	Minaccia di aborto	685	2.141,22
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	661	3.492,67

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	652	5.565,13
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	651	10.625,61
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	639	5.123,73
70	Otite media e infezioni delle alte vie respiratorie, età < 18 anni	621	1.137,37
225	Interventi sul piede	609	1.943,02
90	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	603	3.116,13
149	Interventi maggiori su intestino tenue e crasso senza CC	603	10.508,24
119	Legatura e stripping di vene	580	1.066,88
65	Alterazioni dell'equilibrio	579	2.409,73
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	579	1.963,29
383	Altre diagnosi parto con complicazioni mediche	579	1.729,23
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	561	3.932,67
142	Sincope e collasso senza CC	554	2.175,88
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	547	1.537,92
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	517	6.855,55
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza CC	498	1.499,27
160	Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	484	4.004,07
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	478	3.544,52
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	475	1.169,58
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	469	4.034,01
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	467	10.237,21
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	464	5.142,87
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	452	3.680,88
174	Emorragia gastrointestinale con CC	448	4.300,10
134	Iperensione	444	2.420,05
324	Calcolosi urinaria senza CC	430	1.856,74
175	Emorragia gastrointestinale senza CC	425	3.035,38
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	424	2.031,99
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	424	1.427,55
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	414	5.825,62
207	Malattie delle vie biliari con CC	413	5.028,50
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	410	4.867,04
143	Dolore toracico	410	1.523,32
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	408	15.617,30
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	397	1.825,92
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	397	3.041,32
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	397	3.256,72
202	Cirrosi ed epatite alcolica	395	5.381,60
180	Occlusione gastrointestinale con CC	394	3.802,76
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	389	2.323,07
294	Diabete età > 35 anni	388	2.888,86
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	386	1.256,41

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
140	Angina pectoris	385	2.406,92
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	380	2.248,41
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	379	1.149,26
91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	371	2.328,97
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza CC	364	5.907,08
141	Sincope e collasso con CC	363	3.139,28
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	360	2.333,48
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	358	5.657,22
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	350	1.553,34
144	Altre diagnosi relative al sistema cardiovascolare con CC	346	4.069,68
320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	334	4.368,60
2	Craniotomia età > 17 anni, per traumatismo	332	13.583,52
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	332	953,59
370	Parto cesareo con CC	331	4.465,86
132	Aterosclerosi con CC	326	3.039,19
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	324	2.379,14
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	322	15.734,04
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	316	16.308,21
78	Embolia polmonare	313	5.899,00
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	312	3.833,79
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	312	2.068,90
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	308	2.805,62
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	308	2.725,07
75	Interventi maggiori sul torace	305	11.527,19
429	Disturbi organici e ritardo mentale	302	3.931,05
204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	295	4.476,90
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	295	10.478,70
29	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	288	4.453,10
310	Interventi per via transuretrale con CC	287	4.834,77
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	286	3.560,78
130	Malattie vascolari periferiche con CC	284	3.927,05
133	Aterosclerosi senza CC	283	1.817,72
236	Fratture dell'anca e della pelvi	276	2.108,44
388	Prematurità senza affezioni maggiori	276	3.877,25
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	276	2.404,42
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	271	5.138,31
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	267	7.007,19
554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	262	9.285,24
105	Interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	251	28.412,96
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	250	2.342,89

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
210	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	249	9.870,55
278	Cellulite età > 17 anni senza CC	248	2.287,55
303	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia	245	9.563,67
562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	245	3.662,99
556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	244	7.008,95
205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	243	4.813,07
339	Interventi sul testicolo non per neoplasia maligna, età > 17 anni	239	1.435,32
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	237	2.679,44
79	Infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio, età > 17 anni con CC	237	7.304,70
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	237	1.946,24
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	235	1.503,91
145	Altre diagnosi relative al sistema cardiovascolare senza CC	232	2.406,66
188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	227	4.166,63
173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	225	3.215,73
266	Trapianto di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle o cellulite senza CC	220	3.267,98
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	218	5.118,04
267	Interventi perianali e pilonidali	215	1.385,08
564	Cefalea, età > 17 anni	215	2.286,50
56	Rinoplastica	214	1.864,86
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	213	9.937,62
450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	212	1.286,49
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	209	4.342,09
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	206	12.726,85
179	Malattie infiammatorie dell'intestino	205	6.179,87
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	204	11.238,53
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	204	5.588,31
262	Biopsia della mammella ed escissione locale non per neoplasie maligne	202	2.109,89
69	Otite media e infezioni delle alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	201	1.607,98
53	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	199	4.077,98
36	Interventi sulla retina	196	3.783,46
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	196	8.522,15
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	194	2.203,89
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	193	5.727,50
572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	193	4.477,65
121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	190	5.351,46
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	190	2.123,25
284	Malattie minori della pelle senza CC	188	1.597,24
421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	185	2.886,53
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	185	7.382,63
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	183	2.575,35
151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	182	6.756,84
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	182	2.679,61

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	181	2.851,87
45	Malattie neurologiche dell'occhio	178	2.993,50
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	177	17.892,75
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	176	18.732,15
128	Tromboflebite delle vene profonde	175	3.567,83
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	175	6.406,07
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	174	3.707,12
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	174	2.530,93
534	Interventi vascolari extracranici senza CC	174	6.681,12
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	173	3.430,13
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	172	2.525,75
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	171	1.956,58
16	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	170	4.638,77
97	Bronchite ed asma, età > 17 anni senza CC	170	2.317,99
165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	170	5.584,22
190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	165	1.266,95
577	Inserzione di stent carotideo	163	6.119,64
30	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	162	1.689,38
445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	157	2.067,13
72	Traumatismi e deformità del naso	155	1.190,65
358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	155	6.176,38
28	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	154	6.177,85
232	Artroscopia	152	2.412,98
322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	151	1.950,65
378	Gravidanza ectopica	151	3.131,69
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia ed escissione locale	150	3.525,17
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	149	23.927,93
10	Neoplasie del sistema nervoso con CC	148	5.604,73
387	Prematurità con affezioni maggiori	147	10.219,71
147	Resezione rettale senza CC	146	9.350,98
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	146	4.938,87
356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	146	3.609,98
80	Infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio, età > 17 anni senza CC	145	6.656,09
198	Colecistectomia non laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	144	9.056,62
85	Versamento pleurico con CC	143	6.239,62
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	143	5.658,56
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	142	4.086,05
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	142	2.234,03
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	141	11.584,29
382	Falso travaglio	140	825,42
532	Interventi sul midollo spinale senza CC	140	8.529,82
11	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	137	3.415,17
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	136	1.797,53

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	134	2.691,18
340	Interventi sul testicolo non per neoplasia maligna, età < 18 anni	133	1.656,81
523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	133	1.365,64
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	132	6.209,39
101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	131	3.560,05
430	Psicosi	131	2.254,52
32	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	130	3.107,40
99	Segni e sintomi respiratori con CC	130	3.341,43
446	Traumatismi, età < 18 anni	130	1.067,73
102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	129	2.104,72
135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	129	2.907,82
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	127	22.385,90
318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	127	5.339,69
113	Amputazione per malattie dell'apparato circolatorio eccetto amputazione arto superiore e dita piede	124	14.098,06
449	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni con CC	124	2.782,60
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	124	13.019,62
277	Cellulite età > 17 anni con CC	123	4.914,39
444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	122	4.029,24
551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	122	7.907,13
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	121	3.256,27
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	121	51.046,31
185	Malattie dei denti e del cavo orale eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	120	2.865,34
104	Interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	119	29.718,65
481	Trapianto di midollo osseo	119	53.483,38
1	Craniotomia età > 17 anni, eccetto per traumatismo	118	21.674,56
169	Interventi sulla bocca senza CC	118	2.850,50
397	Disturbi della coagulazione	118	3.935,93
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	118	32.314,64
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	117	3.888,91
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	116	2.695,18
453	Complicazioni di trattamenti senza CC	116	2.635,51
533	Interventi vascolari extracranici con CC	116	8.831,95
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	115	2.685,93
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	115	3.750,13
380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	115	1.212,15
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	115	6.669,58
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	114	1.779,68
240	Malattie del tessuto connettivo con CC	113	5.386,35
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	113	17.991,07
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	112	2.560,41
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	111	11.232,14

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	111	1.437,99
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	111	34.873,70
463	Segni e sintomi con CC	111	4.812,83
540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	110	5.717,95
399	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	109	2.396,54
573	Interventi maggiori sulla vescica	109	16.862,30
385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	107	3.324,75
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	106	1.009,14
426	Nevrosi depressive	106	1.964,11
64	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	105	3.535,41
305	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia senza CC	103	7.376,60
548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	102	25.750,06
301	Malattie endocrine senza CC	101	2.733,24
92	Malattia polmonare interstiziale con CC	100	6.849,19
96	Bronchite ed asma, età > 17 anni con CC	99	3.282,11
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	99	560,92
313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	99	3.293,95
319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	99	2.670,13
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	99	5.388,37
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	98	6.567,51
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	97	22.091,66
84	Traumi maggiori del torace senza CC	94	2.392,40
487	Altri traumatismi multipli rilevanti	94	7.812,79
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	93	2.902,49
331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	93	3.685,25
355	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	90	6.012,45
420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	90	3.013,08
248	Tendinite, miosite e borsite	89	3.448,05
77	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	87	5.692,32
83	Traumi maggiori del torace con CC	87	4.229,14
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	87	2.358,21
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	87	4.536,63
368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	87	1.988,52
447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	87	1.676,67
34	Altre malattie del sistema nervoso con CC	86	5.924,74
66	Epistassi	86	2.638,10
95	Pneumotorace senza CC	84	3.035,88
197	Colecistectomia non laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	84	16.742,35
150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	83	10.251,91
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	83	3.414,32
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	83	4.186,48
560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	83	9.844,36

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
304	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia con CC	81	10.414,21
419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	81	4.203,53
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	80	4.194,36
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	80	2.979,91
451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	80	816,23
350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	79	2.244,72
441	Interventi sulla mano per traumatismo	79	1.650,65
255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	78	1.233,44
280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	78	3.608,64
288	Interventi per obesità	78	10.385,85
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	78	18.862,10
86	Versamento pleurico senza CC	76	3.640,20
220	Interventi su omero ed arto inferiore eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	76	4.578,96
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	75	1.261,65
123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, deceduti	75	4.739,89
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	75	2.116,78
300	Malattie endocrine con CC	75	5.317,85
334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	75	13.482,67
361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	75	2.285,36
68	Otite media e infezioni delle alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	72	2.691,82
76	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	72	9.652,08
366	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile con CC	72	4.534,04
433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci, dimesso contro il parere dei sanitari	72	454,89
346	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo maschile con CC	71	3.794,29
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	71	9.424,94
464	Segni e sintomi senza CC	71	2.041,54
146	Resezione rettale con CC	70	15.850,85
93	Malattia polmonare interstiziale senza CC	69	4.316,05
325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	69	2.840,67
341	Interventi sul pene	69	4.088,05
228	Interventi maggiori su pollice o sulle articolazioni o altri interventi su mano o polso con CC	68	2.172,42
342	Circoncisione età > 17 anni	68	1.308,76
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	67	9.254,90
365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	66	5.294,71
414	Altre diagnosi relative ad alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate senza CC	66	3.724,25
230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	64	4.353,52
157	Interventi su ano e stoma con CC	62	7.035,24
170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	62	16.715,37
274	Neoplasie maligne della mammella con CC	62	4.395,58
238	Osteomielite	61	8.136,82
442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	61	14.003,22
153	Interventi minori su intestino tenue e crasso senza CC	60	6.448,91
409	Radioterapia	60	5.798,58

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	60	14.176,18
108	Altri interventi cardiotoracici	59	14.238,65
114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie dell'apparato circolatorio	59	7.014,50
187	Estrazioni e riparazioni dentali	59	649,13
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	59	7.167,85
567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	59	21.283,70
186	Malattie dei denti e del cavo orale eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	57	1.698,71
283	Malattie minori della pelle con CC	57	3.700,31
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	57	9.648,00
413	Altre diagnosi relative ad alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con CC	57	6.434,16
57	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	56	2.935,58
193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	55	17.764,27
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	55	4.843,45
374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	55	4.583,85
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	54	2.454,45
235	Fratture del femore	54	2.354,16
398	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	54	5.029,57
246	Artropatie non specifiche	53	3.004,75
271	Ulcere della pelle	53	8.227,65
120	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	52	6.980,31
309	Interventi minori sulla vescica senza CC	52	4.917,62
561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	52	7.520,06
22	Encefalopatia ipertensiva	51	3.071,24
171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	51	7.774,14
244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	51	3.868,23
272	Malattie maggiori della pelle con CC	51	6.347,46
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	51	949,54
31	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	50	5.187,70
269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	50	5.439,82
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	50	1.869,53
43	Ifema	49	1.758,33
117	Revisione del pacemaker cardiaco eccetto sostituzione	49	5.392,32
194	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	49	12.383,41
218	Interventi su omero ed arto inferiore eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	49	13.420,45
253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	49	3.164,80
367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	49	2.739,34
233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	48	9.743,05
338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	48	3.490,85
571	Malattie maggiori dell'esofago	48	6.920,52
18	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	47	4.640,97
159	Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	47	8.280,00

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	47	1.539,65
295	Diabete età < 36 anni	46	2.755,73
486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	45	17.685,77
521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	45	2.276,04
44	Infezioni acute maggiori dell'occhio	44	3.039,32
176	Ulcera peptica complicata	44	4.103,82
94	Pneumotorace con CC	43	5.310,93
273	Malattie maggiori della pelle senza CC	43	4.514,26
482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	43	17.116,73
452	Complicazioni di trattamenti con CC	42	4.166,56
528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	42	24.038,26
27	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	41	7.184,49
136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	41	1.845,29
178	Ulcera peptica non complicata senza CC	41	3.516,42
543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	41	25.294,58
50	Sialoadenectomia	40	6.542,97
289	Interventi sulle paratiroidi	40	7.000,30
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	39	5.719,31
126	Endocardite acuta e subacuta	39	14.333,68
242	Artrite settica	39	6.562,47
376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	39	1.579,91
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	39	1.891,01
33	Commozione cerebrale, età < 18 anni	38	1.870,75
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	38	8.285,86
38	Interventi primari sull'iride	37	3.594,69
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	37	5.396,67
307	Prostatectomia senza CC	37	5.917,28
343	Circoncisione età < 18 anni	37	820,32
166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	36	7.669,40
553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	35	11.638,48
37	Interventi sull'orbita	34	6.988,43
137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	34	1.501,96
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	32	2.724,02
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	31	2.173,93
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	31	1.775,34
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	31	7.479,13
46	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	30	3.854,73
265	Trapianto di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle o cellulite con CC	30	3.992,59
347	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo maschile senza CC	30	1.753,75
407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	30	11.359,05
530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	30	9.368,57
3	Craniotomia, età < 18 anni	<30	0
6	Decompressione del tunnel carpale	<30	0
7	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	<30	0

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
21	Meningite virale	<30	0
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	<30	0
48	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	<30	0
49	Interventi maggiori sul capo e sul collo	<30	0
52	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	<30	0
54	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	<30	0
58	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	<30	0
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	<30	0
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	<30	0
67	Epiglottite	<30	0
71	Laringotracheite	<30	0
81	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	<30	0
103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	<30	0
106	Bypass coronarico con PTCA	<30	0
152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	<30	0
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	<30	0
164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	<30	0
168	Interventi sulla bocca con CC	<30	0
177	Ulcera peptica non complicata con CC	<30	0
195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	<30	0
196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	<30	0
199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	<30	0
200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	<30	0
201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	<30	0
212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	<30	0
213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	<30	0
216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	<30	0
226	Interventi sui tessuti molli con CC	<30	0
237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	<30	0
250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	<30	0
263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	<30	0
264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	<30	0
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	<30	0
275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	<30	0
276	Patologie non maligne della mammella	<30	0
279	Cellulite, età < 18 anni	<30	0
285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	<30	0
287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	<30	0
291	Interventi sul dotto tireoglossa	<30	0
292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	<30	0
293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	<30	0
299	Difetti congeniti del metabolismo	<30	0
302	Trapianto renale	<30	0
306	Prostatectomia con CC	<30	0
308	Interventi minori sulla vescica con CC	<30	0
312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	<30	0

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	<30	0
317	Ricovero per dialisi renale	<30	0
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	<30	0
328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	<30	0
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	<30	0
330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	<30	0
336	Prostatectomia transuretrale con CC	<30	0
344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	<30	0
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	<30	0
348	Iperplasia prostatica benigna con CC	<30	0
351	Sterilizzazione maschile	<30	0
354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	<30	0
362	Occlusione endoscopica delle tube	<30	0
375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	<30	0
392	Splenectomia, età > 17 anni	<30	0
393	Splenectomia, età < 18 anni	<30	0
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	<30	0
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	<30	0
405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	<30	0
406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	<30	0
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	<30	0
417	Setticemia, età < 18 anni	<30	0
418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	<30	0
424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	<30	0
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	<30	0
431	Disturbi mentali dell'infanzia	<30	0
439	Trapianti di pelle per traumatismo	<30	0
440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	<30	0
448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	<30	0
454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	<30	0
455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	<30	0
462	Riabilitazione	<30	0
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	<30	0
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	<30	0
468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	<30	0
469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	<30	0
470	Non attribuibile ad altro DRG	<30	0
471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	<30	0
476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	<30	0
477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	<30	0
480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	<30	0
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	<30	0
485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	<30	0

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	<30	0
495	Trapianto di polmone	<30	0
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	<30	0
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	<30	0
499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	<30	0
501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	<30	0
502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	<30	0
504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	<30	0
505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	<30	0
506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	<30	0
507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	<30	0
508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	<30	0
509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	<30	0
510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	<30	0
511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	<30	0
512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	<30	0
513	Trapianto di pancreas	<30	0
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	<30	0
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	<30	0
522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	<30	0
525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	<30	0
529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	<30	0
531	Interventi sul midollo spinale con CC	<30	0
535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	<30	0
536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	<30	0
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	<30	0
539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	<30	0
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	<30	0
547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	<30	0
549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	<30	0
559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	<30	0
575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	<30	0
578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	<30	0
579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	<30	0

La tabella seguente illustra il costo medio per DRG (N>29) - standardizzato per la severità della malattia - ordinato per codice DRG.

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
1	Craniotomia, età > 17 anni con CC	118	21.674,56
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	332	13.583,52
3	Craniotomia, età < 18 anni	<30	-
6	Decompressione del tunnel carpale	<30	-
7	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	<30	-
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	183	2.575,35
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	39	5.719,31
10	Neoplasie del sistema nervoso con CC	148	5.604,73
11	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	137	3.415,17
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	561	3.932,67
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	117	3.888,91
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1784	5.332,29
15	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	757	4.341,80
16	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	170	4.638,77
17	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	181	2.851,87
18	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	47	4.640,97
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	115	2.685,93
21	Meningite virale	<30	-
22	Encefalopatia ipertensiva	51	3.071,24
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	80	4.194,36
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	397	1.825,92
27	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	41	7.184,49
28	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	154	6.177,85
29	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	288	4.453,10
30	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	162	1.689,38
31	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	50	5.187,70
32	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	130	3.107,40
33	Commozione cerebrale, età < 18 anni	38	1.870,75
34	Altre malattie del sistema nervoso con CC	86	5.924,74
35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	237	2.679,44
36	Interventi sulla retina	196	3.783,46
37	Interventi sull'orbita	34	6.988,43
38	Interventi primari sull'iride	37	3.594,69
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	134	2.691,18
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	80	2.979,91
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	<30	-
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	312	3.833,79
43	Ifema	49	1.758,33
44	Infezioni acute maggiori dell'occhio	44	3.039,32
45	Malattie neurologiche dell'occhio	178	2.993,50
46	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	30	3.854,73
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	194	2.203,89
48	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	<30	-
49	Interventi maggiori sul capo e sul collo	<30	-

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
50	Sialoadenectomia	40	6.542,97
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	37	5.396,67
52	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	<30	-
53	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	199	4.077,98
54	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	<30	-
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	841	2.936,27
56	Rinoplastica	214	1.864,86
57	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni	56	2.935,58
58	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	<30	-
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	136	1.797,53
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	475	1.169,58
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	<30	-
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	<30	-
63	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	98	6.567,51
64	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	105	3.535,41
65	Alterazioni dell'equilibrio	579	2.409,73
66	Epistassi	86	2.638,10
67	Epiglottite	<30	-
68	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	72	2.691,82
69	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	201	1.607,98
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	621	1.137,37
71	Laringotracheite	<30	-
72	Traumatismi e deformità del naso	155	1.190,65
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	424	2.031,99
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	75	1.261,65
75	Interventi maggiori sul torace	305	11.527,19
76	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	72	9.652,08
77	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	87	5.692,32
78	Embolia polmonare	313	5.899,00
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	237	7.304,70
80	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	145	6.656,09
81	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	<30	-
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	881	4.433,23
83	Traumi maggiori del torace con CC	87	4.229,14
84	Traumi maggiori del torace senza CC	94	2.392,40
85	Versamento pleurico con CC	143	6.239,62
86	Versamento pleurico senza CC	76	3.640,20
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1007	4.867,29
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1460	3.559,03
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	1351	4.952,71
90	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	603	3.116,13
91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	371	2.328,97
92	Malattia polmonare interstiziale con CC	100	6.849,19
93	Malattia polmonare interstiziale senza CC	69	4.316,05
94	Pneumotorace con CC	43	5.310,93
95	Pneumotorace senza CC	84	3.035,88
96	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	99	3.282,11

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
97	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	170	2.317,99
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	547	1.537,92
99	Segni e sintomi respiratori con CC	130	3.341,43
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	114	1.779,68
101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	131	3.560,05
102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	129	2.104,72
103	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	<30	-
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	119	29.718,65
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	251	28.412,96
106	Bypass coronarico con PTCA	<30	-
108	Altri interventi cardiotoracici	59	14.238,65
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	408	15.617,30
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	204	11.238,53
113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	124	14.098,06
114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	59	7.014,50
117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	49	5.392,32
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	308	2.805,62
119	Legatura e stripping di vene	580	1.066,88
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	52	6.980,31
121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	190	5.351,46
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	452	3.680,88
123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	75	4.739,89
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	410	4.867,04
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	931	2.486,27
126	Endocardite acuta e subacuta	39	14.333,68
127	Insufficienza cardiaca e shock	3329	3.840,02
128	Tromboflebite delle vene profonde	175	3.567,83
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	115	3.750,13
130	Malattie vascolari periferiche con CC	284	3.927,05
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	324	2.379,14
132	Aterosclerosi con CC	326	3.039,19
133	Aterosclerosi senza CC	283	1.817,72
134	Ipertensione	444	2.420,05
135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	129	2.907,82
136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	41	1.845,29
137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	34	1.501,96
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	772	2.565,45
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	1575	1.438,55
140	Angina pectoris	385	2.406,92
141	Sincope e collasso con CC	363	3.139,28
142	Sincope e collasso senza CC	554	2.175,88
143	Dolore toracico	410	1.523,32
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	346	4.069,68

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	232	2.406,66
146	Resezione rettale con CC	70	15.850,85
147	Resezione rettale senza CC	146	9.350,98
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	603	10.508,24
150	Lisi di aderenze peritoneali con CC	83	10.251,91
151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	182	6.756,84
152	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	<30	-
153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	60	6.448,91
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	206	12.726,85
156	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	<30	-
157	Interventi su ano e stoma con CC	62	7.035,24
158	Interventi su ano e stoma senza CC	1012	1.647,72
159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	47	8.280,00
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	484	4.004,07
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	142	4.086,05
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1864	1.630,36
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	54	2.454,45
164	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	<30	-
165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	170	5.584,22
166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	36	7.669,40
167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	469	4.034,01
168	Interventi sulla bocca con CC	<30	-
169	Interventi sulla bocca senza CC	118	2.850,50
170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	62	16.715,37
171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	51	7.774,14
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	464	5.142,87
173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	225	3.215,73
174	Emorragia gastrointestinale con CC	448	4.300,10
175	Emorragia gastrointestinale senza CC	425	3.035,38
176	Ulcera peptica complicata	44	4.103,82
177	Ulcera peptica non complicata con CC	<30	-
178	Ulcera peptica non complicata senza CC	41	3.516,42
179	Malattie infiammatorie dell'intestino	205	6.179,87
180	Occlusione gastrointestinale con CC	394	3.802,76
181	Occlusione gastrointestinale senza CC	762	2.197,49
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni con CC	661	3.492,67
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1647	2.180,32
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	817	1.160,78
185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	120	2.865,34
186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	57	1.698,71
187	Estrazioni e riparazioni dentali	59	649,13
188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	227	4.166,63
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	579	1.963,29
190	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	165	1.266,95

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	127	22.385,90
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	111	11.232,14
193	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	55	17.764,27
194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	49	12.383,41
195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	<30	-
196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	<30	-
197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	84	16.742,35
198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	144	9.056,62
199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	<30	-
200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	<30	-
201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	<30	-
202	Cirrosi e epatite alcolica	395	5.381,60
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	639	5.123,73
204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	295	4.476,90
205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	243	4.813,07
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	173	3.430,13
207	Malattie delle vie biliari con CC	413	5.028,50
208	Malattie delle vie biliari senza CC	696	2.901,66
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	249	9.870,55
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1024	7.619,54
212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	<30	-
213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	<30	-
216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	<30	-
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	38	8.285,86
218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	49	13.420,45
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	776	6.289,87
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	76	4.578,96
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	112	2.560,41
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	397	3.041,32
225	Interventi sul piede	609	1.943,02
226	Interventi sui tessuti molli con CC	<30	-
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	380	2.248,41
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	68	2.172,42
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	498	1.499,27

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	64	4.353,52
232	Artroscopia	152	2.412,98
233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	48	9.743,05
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	204	5.588,31
235	Fratture del femore	54	2.354,16
236	Fratture dell'anca e della pelvi	276	2.108,44
237	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	<30	-
238	Osteomielite	61	8.136,82
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	146	4.938,87
240	Malattie del tessuto connettivo con CC	113	5.386,35
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	174	3.707,12
242	Artrite settica	39	6.562,47
243	Affezioni mediche del dorso	862	2.776,44
244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	51	3.868,23
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	87	2.358,21
246	Artropatie non specifiche	53	3.004,75
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	75	2.116,78
248	Tendinite, miosite e borsite	89	3.448,05
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	172	2.525,75
250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	<30	-
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	106	1.009,14
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	99	560,92
253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	49	3.164,80
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	386	1.256,41
255	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	78	1.233,44
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	93	2.902,49
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	55	4.843,45
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	209	4.342,09
259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	87	4.536,63
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	478	3.544,52
261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	150	3.525,17
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	202	2.109,89
263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	<30	-
264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	<30	-
265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	30	3.992,59
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	220	3.267,98
267	Interventi perianali e pilonidali	215	1.385,08

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	<30	-
269	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	50	5.439,82
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	237	1.946,24
271	Ulcere della pelle	53	8.227,65
272	Malattie maggiori della pelle con CC	51	6.347,46
273	Malattie maggiori della pelle senza CC	43	4.514,26
274	Neoplasie maligne della mammella con CC	62	4.395,58
275	Neoplasie maligne della mammella senza CC	<30	-
276	Patologie non maligne della mammella	<30	-
277	Cellulite, età > 17 anni con CC	123	4.914,39
278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	248	2.287,55
279	Cellulite, età < 18 anni	<30	-
280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	78	3.608,64
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	250	2.342,89
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	111	1.437,99
283	Malattie minori della pelle con CC	57	3.700,31
284	Malattie minori della pelle senza CC	188	1.597,24
285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	<30	-
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	57	9.648,00
287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	<30	-
288	Interventi per obesità	78	10.385,85
289	Interventi sulle paratiroidi	40	7.000,30
290	Interventi sulla tiroide	702	4.532,79
291	Interventi sul dotto tireoglosso	<30	-
292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	<30	-
293	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	<30	-
294	Diabete, età > 35 anni	388	2.888,86
295	Diabete, età < 36 anni	46	2.755,73
296	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	286	3.560,78
297	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	182	2.679,61
298	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	350	1.553,34
299	Difetti congeniti del metabolismo	<30	-
300	Malattie endocrine con CC	75	5.317,85
301	Malattie endocrine senza CC	101	2.733,24
302	Trapianto renale	<30	-
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	245	9.563,67
304	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	81	10.414,21
305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	103	7.376,60
306	Prostatectomia con CC	<30	-
307	Prostatectomia senza CC	37	5.917,28
308	Interventi minori sulla vescica con CC	<30	-
309	Interventi minori sulla vescica senza CC	52	4.917,62

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
310	Interventi per via transuretrale con CC	287	4.834,77
311	Interventi per via transuretrale senza CC	788	3.559,92
312	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	<30	-
313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	99	3.293,95
314	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	<30	-
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	218	5.118,04
316	Insufficienza renale	790	4.853,01
317	Ricovero per dialisi renale	<30	-
318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	127	5.339,69
319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	99	2.670,13
320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	334	4.368,60
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	308	2.725,07
322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	151	1.950,65
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	389	2.323,07
324	Calcolosi urinaria senza CC	430	1.856,74
325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	69	2.840,67
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	142	2.234,03
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	<30	-
328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	<30	-
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	<30	-
330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	<30	-
331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	93	3.685,25
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	116	2.695,18
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	32	2.724,02
334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	75	13.482,67
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	467	10.237,21
336	Prostatectomia transuretrale con CC	<30	-
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	271	5.138,31
338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	48	3.490,85
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	239	1.435,32
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	133	1.656,81
341	Interventi sul pene	69	4.088,05
342	Circoncisione, età > 17 anni	68	1.308,76
343	Circoncisione, età < 18 anni	37	820,32
344	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	<30	-
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	<30	-
346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	71	3.794,29
347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	30	1.753,75
348	Iperplasia prostatica benigna con CC	<30	-
349	Iperplasia prostatica benigna senza CC	31	2.173,93
350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	79	2.244,72
351	Sterilizzazione maschile	<30	-
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	51	949,54
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	71	9.424,94
354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	<30	-
355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	90	6.012,45
356	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	146	3.609,98

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	67	9.254,90
358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	155	6.176,38
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1821	3.927,64
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	171	1.956,58
361	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	75	2.285,36
362	Occlusione endoscopica delle tube	<30	-
363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	47	1.539,65
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	332	953,59
365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	66	5.294,71
366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	72	4.534,04
367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	49	2.739,34
368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	87	1.988,52
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	424	1.427,55
370	Parto cesareo con CC	331	4.465,86
371	Parto cesareo senza CC	2361	3.659,16
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	174	2.530,93
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5367	2.040,15
374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	55	4.583,85
375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	<30	-
376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	39	1.579,91
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	50	1.869,53
378	Gravidanza ectopica	151	3.131,69
379	Minaccia di aborto	685	2.141,22
380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	115	1.212,15
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1036	1.072,67
382	Falso travaglio	140	825,42
383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	579	1.729,23
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	312	2.068,90
385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	107	3.324,75
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	111	34.873,70
387	Prematurità con affezioni maggiori	147	10.219,71
388	Prematurità senza affezioni maggiori	276	3.877,25
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	397	3.256,72
390	Neonati con altre affezioni significative	1535	1.030,68
391	Neonato normale	6048	761,97
392	Splenectomia, età > 17 anni	<30	-
393	Splenectomia, età < 18 anni	<30	-
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	83	3.414,32
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	794	3.389,75
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	<30	-
397	Disturbi della coagulazione	118	3.935,93
398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	54	5.029,57
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	109	2.396,54
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	<30	-
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	99	5.388,37

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	213	9.937,62
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	193	5.727,50
405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	<30	-
406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	<30	-
407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	30	11.359,05
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	143	5.658,56
409	Radioterapia	60	5.798,58
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	652	5.565,13
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	121	3.256,27
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	<30	-
413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	57	6.434,16
414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	66	3.724,25
417	Setticemia, età < 18 anni	<30	-
418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	<30	-
419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	81	4.203,53
420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	90	3.013,08
421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	185	2.886,53
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	235	1.503,91
423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	175	6.406,07
424	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	<30	-
425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	190	2.123,25
426	Nevrosi depressive	106	1.964,11
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	39	1.891,01
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	<30	-
429	Disturbi organici e ritardo mentale	302	3.931,05
430	Psicosi	131	2.254,52
431	Disturbi mentali dell'infanzia	<30	-
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	31	1.775,34
433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	72	454,89
439	Trapianti di pelle per traumatismo	<30	-
440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	<30	-
441	Interventi sulla mano per traumatismo	79	1.650,65
442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	61	14.003,22
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	83	4.186,48
444	Traumatismi, età > 17 anni con CC	122	4.029,24
445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	157	2.067,13
446	Traumatismi, età < 18 anni	130	1.067,73
447	Reazioni allergiche, età > 17 anni	87	1.676,67
448	Reazioni allergiche, età < 18 anni	<30	-
449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	124	2.782,60
450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	212	1.286,49
451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	80	816,23
452	Complicazioni di trattamenti con CC	42	4.166,56
453	Complicazioni di trattamenti senza CC	116	2.635,51

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	<30	-
455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	<30	-
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	115	6.669,58
462	Riabilitazione	<30	-
463	Segni e sintomi con CC	111	4.812,83
464	Segni e sintomi senza CC	71	2.041,54
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	<30	-
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	<30	-
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	379	1.149,26
468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	<30	-
469	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	<30	-
470	Non attribuibile ad altro DRG	<30	-
471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	<30	-
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	176	18.732,15
476	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	<30	-
477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	<30	-
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	267	7.007,19
480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	<30	-
481	Trapianto di midollo osseo	119	53.483,38
482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	43	17.116,73
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	<30	-
485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	<30	-
486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	45	17.685,77
487	Altri traumatismi multipli rilevanti	94	7.812,79
488	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	<30	-
489	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	60	14.176,18
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	59	7.167,85
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	31	7.479,13
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	78	18.862,10
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	196	8.522,15
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	1527	3.965,42
495	Trapianto di polmone	<30	-
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	<30	-
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	<30	-
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	141	11.584,29
499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	<30	-
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	364	5.907,08
501	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	<30	-
502	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	<30	-
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1547	1.441,41
504	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	<30	-

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore senza innesto di cute	<30	-
506	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	<30	-
507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	<30	-
508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	<30	-
509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	<30	-
510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	<30	-
511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	<30	-
512	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	<30	-
513	Trapianto di pancreas	<30	-
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	113	17.991,07
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	358	5.657,22
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	<30	-
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	<30	-
521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	45	2.276,04
522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	<30	-
523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	133	1.365,64
524	Ischemia cerebrale transitoria	1057	3.032,41
525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	<30	-
528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	42	24.038,26
529	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	<30	-
530	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	30	9.368,57
531	Interventi sul midollo spinale con CC	<30	-
532	Interventi sul midollo spinale senza CC	140	8.529,82
533	Interventi vascolari extracranici con CC	116	8.831,95
534	Interventi vascolari extracranici senza CC	174	6.681,12
535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	<30	-
536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	<30	-
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	<30	-
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	360	2.333,48
539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	<30	-
540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	110	5.717,95
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a f	121	51.046,31
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chir	118	32.314,64
543	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	41	25.294,58
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1919	9.081,95
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	124	13.019,62
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	<30	-

DRG	Descrizione	Numero casi	Costo medio (in Euro)
547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	<30	-
548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	102	25.750,06
549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	<30	-
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	97	22.091,66
551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generat	122	7.907,13
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	414	5.825,62
553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	35	11.638,48
554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	262	9.285,24
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	651	10.625,61
556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	244	7.008,95
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	295	10.478,70
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	517	6.855,55
559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	<30	-
560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	83	9.844,36
561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	52	7.520,06
562	Convulsioni, età > 17 anni con CC	245	3.662,99
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	276	2.404,42
564	Cefalea, età > 17 anni	215	2.286,50
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	177	17.892,75
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	185	7.382,63
567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	59	21.283,70
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	149	23.927,93
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	316	16.308,21
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	322	15.734,04
571	Malattie maggiori dell'esofago	48	6.920,52
572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	193	4.477,65
573	Interventi maggiori sulla vescica	109	16.862,30
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	132	6.209,39
575	Setticemia con ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	<30	-
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	746	5.817,63
577	Inserzione di stent carotideo	163	6.119,64
578	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	<30	-
579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	<30	-

Per i DRG con più di 1000 dimessi a livello regionale, la tabella seguente indica il costo medio osservato per struttura ed il coefficiente di variazione del costo medio (i casi sono ordinati in maniera decrescente):

DRG	Descrizione	Struttura		Numero casi	Costo medio	CV
					(in Euro)	
391	Neonato sano					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	690	711,95	0,74
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	364	865,52	0,27
		Tot parziale			764,99	0,59
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	373	989,93	0,33
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	993	624,12	0,27
		Tot parziale			724,01	0,38
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	257	590,14	0,28
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	378	731,92	0,35
		Tot parziale			674,54	0,35
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	680	858,22	0,31
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	1.455	819,44	0,37
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	858	709,67	0,45
		<b>Tot parziale</b>		<b>6.048</b>	<b>762,15</b>	<b>0,43</b>
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	452	1.809,60	0,17
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	325	2.380,46	0,18
					2.048,38	0,23
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	252	1.747,16	0,23
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	838	1.826,92	0,25
					1.808,48	0,24

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	314	2.530,87	0,14
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	291	2.845,17	0,19
				2.682,05	0,18
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	984	2.243,01	0,29
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	1.290	1.890,09	0,4
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	621	1.801,41	0,36
		<b>Tot parziale</b>	5.367	2.039,87	0,32
127	Insufficienza cardiaca e shock				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	295	3.609,23	0,61
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	219	3.739,94	0,62
				3.664,92	0,62
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	298	2.663,12	0,85
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	260	3.010,49	0,75
				2.824,98	0,8
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	296	2.891,31	0,61
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	190	4.157,84	0,56
				3.386,46	0,62
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	427	3.252,20	0,54
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	745	5.102,61	0,61
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	599	4.152,54	0,64
		<b>Tot parziale</b>	3.329	3.846,36	0,68
371	Parto cesareo senza CC				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	261	2.669,66	0,24

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV	
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	113	3.432,55	0,17
					2.900,16	0,25
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	75	2.669,66	0,24
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	293	3.432,55	0,17
					2.900,16	0,25
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	169	3.951,69	0,13
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	181	4.823,78	0,16
					4.402,68	0,18
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	304	3.272,98	0,31
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	679	4.025,25	0,61
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	286	4.063,95	1,03
		<b>Tot parziale</b>		2.361	3.658,69	0,59
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	108	7.674,70	0,22
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	125	7.737,01	0,15
					7.708,13	0,19
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	154	9.617,62	0,18
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	251	6.137,56	0,26
					7.460,85	0,32
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	201	12.861,70	0,46
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	288	9.784,00	0,18
					11.049,07	0,39
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	115	4.585,49	0,03
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	411	10.428,79	0,31

DRG	Descrizione	Struttura		Numero casi	Costo medio	CV
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	266	9.000,29	0,29
		<b>Tot parziale</b>		1.919	9.084,40	0,39
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	87	1.444,63	1,25
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	152	1.258,39	0,65
					1.326,19	0,96
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	190	1.815,37	0,73
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	214	977,22	0,69
					1.371,40	0,81
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	38	2.256,19	0,65
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	167	1.573,04	1,38
					1.699,67	1,22
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	488	1.651,84	0,91
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	143	2.725,34	0,97
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	385	1.620,07	0,88
		<b>Tot parziale</b>		1.864	1.631,04	0,99
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	114	4.409,93	0,48
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	85	3.786,42	0,57
					4.143,61	0,52
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	78	6.334,60	0,27
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	290	2.075,69	0,72
					2.978,39	0,78
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	92	4.303,77	0,27

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV	
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	140	4.666,79	0,43
					4.522,83	0,38
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	470	3.878,74	0,46
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	353	4.076,21	0,74
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	199	4.625,09	0,6
		<b>Tot parziale</b>		1.821	3.927,97	0,61
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	213	4.363,94	0,54
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	77	5.703,62	0,59
					4.719,65	0,58
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	79	4.363,94	0,54
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	113	5.703,62	0,59
					4.719,65	0,58
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	151	3.741,64	0,7
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	47	5.925,43	0,73
					4.260,01	0,76
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	239	3.960,94	0,54
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	581	6.182,07	0,55
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	284	5.723,97	0,68
		<b>Tot parziale</b>		1.784	5.332,80	0,64
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	108	2.116,10	0,95
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	45	2.111,15	0,44
					2.114,65	0,84

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	124	1.682,06	0,76
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	134	1.982,68	0,75
				1.838,20	0,76
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	74	1.906,59	1,03
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	118	1.945,70	0,72
				1.930,63	0,85
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	163	2.011,90	0,95
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	451	2.749,03	0,8
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	430	1.987,81	0,71
		<b>Tot parziale</b>	1.647	2.180,84	0,82
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	64	1.813,98	0,55
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	150	966,03	0,92
				1.219,62	0,82
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	39	1.544,35	0,8
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	28	1.567,96	0,56
				1.554,22	0,71
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	156	1.376,83	0,35
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	65	1.900,69	0,62
				1.530,91	0,52
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	168	1.847,13	0,54
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	603	1.222,52	1,11
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	302	1.704,50	0,76
		<b>Tot parziale</b>	1.575	1.438,97	0,84

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV	
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	33	1.618,15	0,81
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	155	1.020,38	0,62
					1.125,31	0,73
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	59	1.813,44	0,74
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	155	869,62	0,93
					1.129,83	0,95
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	21	2.855,57	0,53
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	133	3.391,25	0,5
					3.318,20	0,51
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	134	1.050,25	0,52
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	664	1.378,60	0,78
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	193	1.084,92	0,71
		<b>Tot parziale</b>		1.547	1.441,57	0,86
390	Neonati con altre affezioni significative					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	27	1.119,90	0,54
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	90	998,90	0,42
					1.026,82	0,46
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	45	1.473,59	0,77
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	138	1.181,72	0,61
					1.253,49	0,68
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	230	694,13	0,32
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	104	842,40	0,55
					740,30	0,44

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV	
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	529	977,63	0,43
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	260	1.425,81	0,84
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	112	869,90	0,53
		<b>Tot parziale</b>		1.535	1.030,42	0,68
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	190	2.095,63	1,53
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	110	4.548,15	0,43
					2.994,89	1,02
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	145	4.316,17	0,39
		100809	P.O. Foligno (Azienda USL3)	157	3.263,04	0,51
					3.768,68	0,47
		100806	P.O. Orvieto (Azienda USL4)	84	3.963,28	0,47
		100807	P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	66	2.621,10	1,18
					3.372,73	0,76
		100803	P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	250	3.917,28	0,55
		100901	Azienda Ospedaliera di Perugia	267	6.193,06	0,68
		100902	Azienda Ospedaliera di Terni	258	3.410,12	0,78
		<b>Tot parziale</b>		1.527	3.966,52	0,77
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva					
		100801	P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	221	2.864,30	0,49
		100810	P.O. Branca (Azienda USL1)	62	3.313,36	0,65
					2.962,68	0,54
		100805	P.O. Spoleto (Azienda USL3)	60	2.001,43	0,71

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	87	3.552,91	0,77
				2.919,65	0,82
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	108	2.836,30	0,72
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	101	4.281,27	0,57
				3.534,59	0,67
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	156	2.977,64	0,54
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	323	4.647,25	0,55
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	342	3.579,68	0,56
		<b>Tot parziale</b>	1.460	3.558,45	0,62
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	112	3.695,53	0,41
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	120	4.204,17	0,56
				3.958,62	0,51
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	75	3.871,71	0,77
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	151	4.464,03	0,72
				4.267,46	0,74
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	78	4.553,04	0,6
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	31	5.210,28	0,7
				4.739,96	0,63
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	144	3.697,36	0,52
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	436	6.505,88	0,5
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	204	4.522,65	0,48
		<b>Tot parziale</b>	1.351	4.951,54	0,6
524	Ischemia cerebrale transitoria				

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	48	2.165,91	0,55
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	52	3.121,65	0,39
				2.662,90	0,48
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	72	1.787,28	0,62
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	49	2.480,67	0,51
				2.068,07	0,59
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	67	2.420,19	0,44
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	57	3.154,70	0,4
				2.757,83	0,44
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	132	2.650,08	0,43
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	293	3.873,41	0,41
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	287	3.003,64	0,63
		<b>Tot parziale</b>	<b>1.057</b>	<b>3.035,54</b>	<b>0,54</b>
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	86	1.125,34	1,61
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	92	860,37	0,6
				988,39	1,33
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	22	1.617,06	0,94
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	210	835,10	0,55
				909,25	0,74
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	68	983,82	0,77
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	93	1.059,82	0,7
				1.027,72	0,73
			127	944,38	0,73
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	188	1.394,87	0,76

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	150	1.178,47	0,74
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni			
			1.036	1.072,22	0,88
		<b>Tot parziale</b>	<b>1.036</b>	1.091,30	<b>0,86</b>
211	Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	58	6.058,63	0,25
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	73	7.854,28	0,18
				7.059,26	0,24
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	86	8.786,82	0,18
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	97	6.053,04	0,23
				7.337,77	0,27
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	60	10.179,71	0,39
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	28	8.710,13	0,2
				9.712,12	0,36
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	2	1.001,23	0
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	375	7.421,30	0,24
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	245	7.735,41	0,24
		<b>Tot parziale</b>	<b>1.024</b>	<b>7.628,24</b>	<b>0,29</b>
158	Interventi su ano e stoma senza CC				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	124	1.333,42	1,06
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	79	1.238,60	0,88
				1.296,52	1
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	58	1.718,13	0,85
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	125	992,88	0,97
				1.222,74	0,97

DRG	Descrizione	Struttura	Numero casi	Costo medio	CV
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	23	1.881,11	0,48
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	186	1.232,89	0,96
				1.304,23	0,9
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	172	2.088,21	1,39
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	75	2.823,75	1,02
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	170	1.982,36	1,1
		<b>Tot parziale</b>	1.012	1.647,87	1,2
87	Edema polmonare ed insufficienza respiratoria				
		100801 P.O. Città di Castello (Azienda USL1)	52	3.940,11	0,91
		100810 P.O. Branca (Azienda USL1)	36	4.490,89	0,75
				4.165,43	0,84
		100805 P.O. Spoleto (Azienda USL3)	151	3.696,75	0,74
		100809 P.O. Foligno (Azienda USL3)	132	4.892,86	1,05
				4.254,65	0,96
		100806 P.O. Orvieto (Azienda USL4)	50	4.269,13	0,88
		100807 P.O. Narni-Amelia (Azienda USL4)	32	3.583,45	0,83
				4.001,55	0,87
		100803 P.O. unificato USL 2 (Azienda USL2)	75	3.161,26	0,76
		100901 Azienda Ospedaliera di Perugia	227	6.463,10	0,7
		100902 Azienda Ospedaliera di Terni	252	5.152,35	0,65
		<b>Tot parziale</b>			
		<b>Totale</b>	1.007	4.890,64	0,8
			<b>40.271</b>	<b>2990,04</b>	<b>0,98</b>

Per i DRG LEA, la tabella seguente indica il costo medio osservato per struttura ed il coefficiente di variazione del costo medio.

Struttura		Numero casi	Incidenza percentuale sul totale	Costo Medio (in Euro)	CV
100801	P.O. A Città di Castello	2.107	10,03%	1.903	1,19
100810	P.O. B Branca ex Gubbio	1.341	6,39%	1.600	0,82
100803	P.O. unificato USL 2	2.512	11,96%	1.869	0,95
100809	P.O. A Foligno	2.193	10,44%	1.685	1,1
100805	P.O. B Spoleto	1.309	6,23%	2.019	0,82
100807	P.O. A Narni-Amelia	1.410	6,71%	2.022	0,89
100806	P.O. B Orvieto	791	3,77%	2.044	0,88
100901	A.O. Perugia	4.792	22,82%	2.779	1,28
100902	A.O. Terni	4.543	21,64%	2.255	1,07
<b>Totale 2009</b>		<b>20.998</b>	<b>100%</b>	<b>2.153</b>	<b>1,15</b>

Di seguito è riportato il costo medio per APR-sottoclasse (20° versione) per i gruppi con più di 1.000 dimessi.

APR-DRG	Descrizione	Sottoclasse Severità della Malattia	Numero casi	Costo Medio (in Euro)
<b>640</b>	<b>Neonato, peso alla nascita &gt; 2499 grammi. Neonato normale o con altri problemi</b>	Minore	6.758	762,24
		Moderato	870	1.113,93
		Maggiore	96	2.495,33
			<b>7.724</b>	<b>823,39</b>
<b>560</b>	<b>Parto vaginale</b>	Minore	4.841	2.014,11
		Moderato	629	2.322,61
		Maggiore	21	2.994,82
			<b>5.491</b>	<b>2.053,20</b>
<b>194</b>	<b>Insufficienza cardiaca</b>	Minore	832	2.926,42
		Moderato	1.916	3.829,68
		Maggiore	433	5.521,72
		Estremo	56	9.005,60
			<b>3.237</b>	<b>3.913,40</b>
<b>540</b>	<b>Parto cesareo</b>	Minore	2.068	3.338,43
		Moderato	559	4.896,40
		Maggiore	61	7.139,61
		Estremo	1	18.292,71
			<b>2.689</b>	<b>3.754,10</b>
<b>139</b>	<b>Altra polmonite</b>	Minore	757	2.522,71
		Moderato	1.035	4.134,12
		Maggiore	477	5.949,74

APR-DRG	Descrizione	Sottoclasse Severità della Malattia	Numero casi	Costo Medio (in Euro)
		Estremo	48	8.418,22
			2.317	4.070,18
<b>201</b>	<b>Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca</b>			
		Minore	1.394	1.301,69
		Moderato	794	2.375,30
		Maggiore	125	3.456,80
		Estremo	3	13.581,77
			2.316	1.801,98
<b>228</b>	<b>Interventi per ernia inguinale, femorale e ombelicale</b>			
		Minore	2.086	1.762,48
		Moderato	150	4.355,54
		Maggiore	10	6.111,92
		Estremo	1	20.708,55
			2.247	1.963,37
<b>313</b>	<b>Interventi su arti inferiori e ginocchio eccetto piede</b>			
		Minore	2.023	2.319,87
		Moderato	107	7.209,67
		Maggiore	37	10.151,48
			2.167	2.695,03
<b>263</b>	<b>Colecistectomia laparoscopica</b>			
		Minore	1.473	3.876,99
		Moderato	234	7.412,34
		Maggiore	16	16.727,33
		Estremo	1	22.924,14
			1.724	4.487,15
<b>254</b>	<b>Altre diagnosi relative all'apparato digerente</b>			
		Minore	1.131	1.836,05
		Moderato	337	3.941,66
		Maggiore	41	4.857,61
		Estremo	1	44.209,76
			1.510	2.416,08
<b>140</b>	<b>Malattia polmonare cronico-ostruttiva</b>			
		Minore	454	2.613,96
		Moderato	661	3.409,83
		Maggiore	335	5.026,81
		Estremo	18	7.701,62
			1.468	3.585,32
<b>221</b>	<b>Interventi maggiori su intestino crasso e tenue</b>			
		Minore	699	10.267,31
		Moderato	498	13.902,45
		Maggiore	175	18.681,81
		Estremo	39	30.886,19
			1.411	13.163,82
<b>513</b>	<b>Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne eccetto leiomioma</b>			
		Minore	1.245	3.726,19
		Moderato	100	5.219,11

APR-DRG	Descrizione	Sottoclasse Severità della Malattia	Numero casi	Costo Medio (in Euro)
		Maggiore	9	8.583,15
			1.354	3.868,74
45	Malattie cerebrovascolari con infarto	Minore	350	4.152,56
		Moderato	832	5.053,76
		Maggiore	145	7.407,81
		Estremo	14	13.081,56
			1.341	5.156,90
98	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	Minore	1.264	2.974,91
		Moderato	66	6.940,03
		Maggiore	8	15.524,36
			1.338	3.245,53
308	Interventi su anca e femore eccetto sostituzione di articolazione per trauma	Minore	861	7.298,72
		Moderato	335	8.691,77
		Maggiore	49	14.863,51
		Estremo	7	17.047,28
			1.252	8.022,03
301	Sostituzione di articolazione dell'anca	Minore	330	8.689,31
		Moderato	811	9.827,23
		Maggiore	72	16.692,16
		Estremo	1	16.485,60
			1.214	9.930,54
175	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza IMA	Minore	778	6.296,57
		Moderato	355	8.425,08
		Maggiore	52	14.049,90
		Estremo	16	17.967,63
			1.201	7.416,92
249	Gastroenteriti non batteriche, nausea e vomito	Minore	861	1.328,86
		Moderato	283	2.510,28
		Maggiore	29	4.176,69
		Estremo	1	680,93
			1.174	1.683,44
446	Interventi sull'uretra e per via transuretrale	Minore	880	3.634,14
		Moderato	278	4.453,14
		Maggiore	15	9.257,45
		Estremo	1	18.216,13
			1.174	3.912,35
247	Occlusione intestinale	Minore	713	2.144,24
		Moderato	380	3.344,34

APR-DRG	Descrizione	Sottoclasse Severità della Malattia	Numero casi	Costo Medio (in Euro)
		Maggiore	63	5.392,33
		Estremo	4	19.685,12
			1.160	2.774,27
133	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	Minore	121	3.124,58
		Moderato	557	4.458,03
		Maggiore	345	6.391,43
		Estremo	107	9.128,28
			1.130	5.347,76
284	Malattie delle vie biliari e della colecisti	Minore	600	2.632,45
		Moderato	452	4.634,12
		Maggiore	51	7.184,66
		Estremo	6	9.302,72
			1.109	3.693,71
198	Angina pectoris e aterosclerosi coronarica	Minore	550	1.872,64
		Moderato	443	2.575,13
		Maggiore	94	3.996,96
		Estremo	6	7.877,11
			1.093	2.373,02
544	Dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia per diagnosi ostetriche	Minore	1.016	1.070,42
		Moderato	76	1.979,16
		Maggiore	1	6.467,53
			1.093	1.138,55
226	Interventi su ano	Minore	1.041	1.714,57
		Moderato	19	8.816,92
		Maggiore	4	5.255,10
			1.064	1.854,71
47	Ischemia transitoria	Minore	367	2.589,79
		Moderato	625	3.149,11
		Maggiore	65	4.326,53
		Estremo	1	10.105,55
			1.058	<u>3.034,01</u>