



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

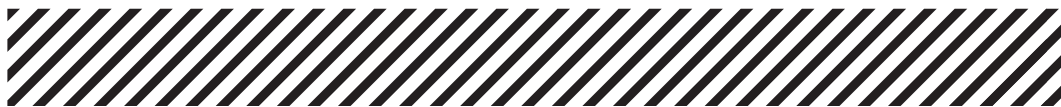
BOLLETTINO UFFICIALE

1° SUPPLEMENTO ORDINARIO n. 15
DEL 22 LUGLIO 2009
AL BOLLETTINO UFFICIALE n. 29
DEL 22 LUGLIO 2009

SO

15

Il “Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia” si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità ed i termini delle richieste di inserzione e delle successive pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con DP Reg. n. 0346/ Pres. del 9 novembre 2006, pubblicato sul BUR n. 47 del 22 novembre 2006. Dal 1° gennaio 2007 è disponibile, sul medesimo sito con accesso riservato all'utenza registrata, la versione del Bollettino Ufficiale firmata digitalmente dal responsabile di Redazione e pertanto con valore giuridico a tutti gli effetti.



Sommario Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

Deliberazione della Giunta regionale 3 luglio 2009, n. 1535

Ricognizione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2009: approvazione del tariffario regionale 2009.

pag. **2**



Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

09_SO15_1_DGR_1535_1_TESTO

Deliberazione della Giunta regionale 3 luglio 2009, n. 1535 Ricognizione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2009: approvazione del tariffario regionale 2009.

LA GIUNTA REGIONALE

RICHIAMATE le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, dei decreti ministeriali 15 aprile 1994 e 14 dicembre 1994, delle leggi 23 dicembre 1994, n. 724 e 28 dicembre 1995, n. 549, del decreto ministeriale 30 giugno 1997, in materia di tariffe ospedaliere;

VISTO il Decreto 18 dicembre 2008 del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, pubblicato in G.U. n. 56 del 9.3.2009, "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" che prevede l'introduzione della versione 24^a del Grouper abbinata al passaggio alla più aggiornata codifica ICD 9 CM 2007 a decorrere dal 1 gennaio 2009;

RICHIAMATA la DGR n. 780, del 13.4.2006, con la quale è stato approvato il Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2006;

RICHIAMATE inoltre le deliberazioni giuntali n. 1912 del 25.9.2008, n. 2008 del 9.10.2008 e n. 2989 del 30.12.2008, che dispongono l'aggiornamento delle tariffe di assistenza ospedaliera a far data dal 1 gennaio 2009;

RICHIAMATA altresì la DGR n. 3430, del 10.11.2000, recante "DPCM 27/3/2000 art. 1 comma 3 - Disciplina regionale in materia di attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale e determinazione della quota di partecipazione regionale alla spesa per le prestazioni libero-professionali", per quanto attiene alla determinazione della quota di partecipazione regionale alla spesa per le prestazioni libero-professionali in regime di ricovero;

RITENUTO di mantenere invariata, per il 2009, la struttura del tariffario delle prestazioni di assistenza ospedaliera, per quanto riguarda la classificazione delle strutture regionali di ricovero, nelle seguenti due fasce, ai soli fini dell'applicazione delle tariffe:

- Fascia A: Strutture incluse nella rete di emergenza sanitaria, ovvero sede di attività di ricerca o sede di attività didattica universitaria (allegato 1);
- Fascia B: Altre strutture non rientranti nella fascia precedente (allegato 2);

RAVVISATA l'opportunità di:

- aggiornare l'elenco dei Diagnosis Related Groups (D.R.G.) in degenza breve valorizzati al 100% della tariffa prevista per il ricovero ordinario (allegato 7);
- confermare l'elenco delle prestazioni oggetto di valorizzazione aggiuntiva della rispettiva tariffa D.R.G., correlate a prestazioni di assistenza ospedaliera di cui all'allegato 10;

RITENUTO di:

- confermare i criteri utili alla valorizzazione dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera in regime di degenza (allegato 8) per i quali il valore soglia è determinato in 40 giorni con abbattimento della tariffa giornaliera al 60% per i giorni di degenza riabilitativa oltre il 40°;
- precisare che l'attività di riabilitazione in day hospital viene erogata esclusivamente presso i Centri di Riferimento dell'Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione "Gervasutta" di Udine e A.O. "Ospedali Riuniti" di Trieste - Medicina riabilitativa presso Ospedale Maggiore (ex Ospedale "S. Santorio") individuati dal

Piano settoriale per la riabilitazione di cui alla deliberazione giunta 31 ottobre 1996, n. 4965;

RITENUTO inoltre di stabilire che le tariffe, di cui all'allegato 9, si applicano all'I.R.C.C.S. "Eugenio Me-dea" che eroga ricoveri di riabilitazione ospedaliera intensiva di alta specializzazione in regime ordinario e di day hospital;

RIBADITO che, per i ricoveri ordinari di una sola giornata (inferiori alle 24 ore), nel caso di trasferimento ad altro istituto di ricovero o di decesso del paziente, la valorizzazione è pari a due volte la tariffa per i ricoveri di un giorno;

RITENUTO, altresì, di valorizzare l'attività di ricovero per l'anno 2009, come segue:

- agli accolti dopo il 1° gennaio 1996, dimessi dall'1.1.2009 al 31.12.2009, si applicano le tariffe di cui al presente atto;

- i ricoveri ordinari con degenza superiore al "valore soglia" vengono valorizzati:

- a tariffa D.R.G. fino al "valore soglia";
- sulla base dell'incremento pro die specifico fino a 60 giorni oltre il "valore soglia";
- sulla base dell'incremento pro die specifico per le ulteriori giornate di degenza fino al limite massimo della tariffa giornaliera di 252 Euro;

ATTESO che i ricoveri erogati in regime di libera professione vengono remunerati, dalla Regione, nella misura del 70% della tariffa prevista dal presente atto per le prestazioni ospedaliere istituzionali a carico del S.S.N. e del 25% della tariffa nel caso di attività svolta presso altra Azienda del S.S.N., come previsto dalla DGR n. 3430/2000, nell'ambito delle regole di gestione stabilite per l'anno 2006;

RITENUTO, in relazione all'obbligo di inserimento delle Schede di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.) entro il mese successivo alla data di dimissione, di finanziare le S.D.O. inserite oltre i termini nella misura del 50% della tariffa;

CONSIDERATO, visto il ritardo nell'aggiornamento della base dati regionale per l'anno 2009, determinato dalla attesa emanazione per i nuovi DRG della relativa Tariffa Ministeriale ancora oggi non disponibile, di modificare la regola sull'obbligo di inserimento delle S.D.O. di cui sopra e di non applicarla ai dimessi dal 1.1.2009 al 30.6.2009, in quanto gli erogatori dei servizi erano oggettivamente impossibilitati a valorizzare le prestazioni in mancanza della tariffa per una serie di D.R.G., dovuta dall'applicazione della nuova versione 24^a del Grouper abbinata al passaggio alla più aggiornata codifica delle prestazioni ICD 9 CM 2007 a decorrere dal 1 gennaio 2009, oltre ad altre, correlate, implicazioni di carattere tecnico-informatico;

RITENUTO di approvare il Tariffario Regionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, da applicare a partire dall'1.1.2009, essendo necessario, per quanto sopra esposto, valorizzare le prestazioni non precedentemente valorizzabili, effettuate dall'inizio dell'anno, come risulta dagli allegati 1 e 2, 3 e 4 di fascia A, 5 e 6 di fascia B, 7, 8, 9 e 10 facenti parte integrante della presente deliberazione, che includono sia DRG che risultano immodificati, sia DRG non presenti nel precedente tariffario, ridefiniti in relazione alla applicazione della nuova versione 24^a del Grouper abbinata al passaggio alla più aggiornata codifica delle prestazioni ICD 9 CM 2007 a decorrere dal 1 gennaio 2009, per i quali non esisteva una tariffa. I nuovi DRG possono essere un maggior dettaglio di DRG già esistenti, per i quali è stata assegnata la tariffa del DRG preesistente, oppure DRG completamente nuovi, per i quali si è stata assegnata una tariffa ricorrendo a tariffe di prestazioni già esistenti assimilabili;

STABILITO di rimandare a successivo atto regionale la revisione complessiva dell'architettura del sistema tariffario regionale al fine di uniformarsi ai criteri nazionali nella determinazione delle tariffe;

SU PROPOSTA dell'Assessore regionale alla Salute e alla Protezione Sociale, all'unanimità,

DELIBERA

1. Di classificare, ai soli fini dell'applicazione delle tariffe, le strutture regionali di ricovero nelle fasce A e B, secondo quanto indicato negli allegati 1 e 2, facenti parte integrante del presente provvedimento.

2. Di approvare, ai sensi delle deliberazioni giuntali n. 1912 del 25.9.2008, n. 2008 del 9.10.2008 e n. 2989 del 30.12.2008 il Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera, valido a partire dal 1° gennaio 2009, come risulta dagli allegati 3 e 4 di fascia A, 5 e 6 di fascia B, 7, 8, 9 e 10, facenti parte integrante del presente provvedimento, che includono sia DRG che risultano immodificati, sia DRG non presenti nel precedente tariffario, ridefiniti in relazione alla applicazione della nuova versione 24^a del Grouper abbinata al passaggio alla più aggiornata codifica delle prestazioni ICD 9 CM 2007 a decorrere dal 1 gennaio 2009, per i quali non esisteva una tariffa. I nuovi DRG possono essere un maggior dettaglio di DRG già esistenti, per i quali è stata assegnata la tariffa del DRG preesistente, oppure DRG completamente nuovi, per i quali si è stata assegnata una tariffa ricorrendo a tariffe di prestazioni già esistenti assimilabili.

3. Di valorizzare l'attività di ricovero, per l'esercizio 2009, sulla base degli accoglimenti e delle dimissioni dei pazienti, come temporalmente indicato nella parte narrativa del presente atto, che qui si intende integralmente richiamata.

4. Di remunerare i ricoveri in libera professione nell'ambito dei tetti stabiliti per l'anno 2009, sulla base delle percentuali di partecipazione regionale alla spesa prevista dalla DGR n. 3430/2000.
5. Di applicare, nel 2009, il criterio di finanziamento delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (S.D.O.) non inserite nei termini, con le modalità, specificamente indicate in narrativa, che qui si intendono integralmente richiamate, in particolare la sospensione della regola per i dimessi dal 1.1.2009 al 30.6.2009, in quanto gli erogatori dei servizi erano oggettivamente impossibilitati a valorizzare le prestazioni in mancanza della tariffa per una serie di D.R.G., dovuta dall'applicazione della nuova versione 24^a del Grouper abbinata al passaggio alla più aggiornata codifica delle prestazioni ICD 9 CM 2007 a decorrere dal 1 gennaio 2009, oltre ad altre, correlate, implicazioni di carattere tecnico-informatico;
6. Il presente provvedimento, corredato dagli allegati 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE: TONDO
IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

09_SO15_1_DGR_1535_2_ALL1

ALLEGATO 1**ELENCO STRUTTURE DI FASCIA A**

OSPEDALI RIUNITI
BURLO GAROFOLO
S. MARIA DELLA MISERICORDIA
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO
VITTORIO EMANUELE
OSPEDALE CIVILE MONFALCONE
S. ANTONIO ABATE
S. MICHELE
S. MARIA DEI BATTUTI
S. ANTONIO
PALMANOVA
LATISANA
S. MARIA DEI BATTUTI
IMMACOLATA CONCEZIONE
S. GIOVANNI DEI BATTUTI
S. MARIA DEGLI ANGELI
I.R.C.C.S. "EUGENIO MEDEA"

TRIESTE
TRIESTE
UDINE
UDINE
AVIANO
GORIZIA
MONFALCONE
TOLMEZZO
GEMONA DEL FRIULI
CIVIDALE DEL FRIULI
S. DANIELE DEL FRIULI
PALMANOVA
LATISANA
S. VITO AL TAGLIAMENTO
MANIAGO
SPILIMBERGO
PORDENONE
SACILE

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

09_SO15_1_DGR_1535_2_ALL2

ALLEGATO 2**ELENCO STRUTTURE DI FASCIA B**

GERVASUTTA
C.d.C. SANATORIO TRIESTINO
C.d.C. SALUS
PINETA DEL CARSO s.p.a. - C.d.C.
C.d.C. CITTA' DI UDINE
C.d.C. "SAN GIORGIO"

UDINE
TRIESTE
TRIESTE
DUINO - AURISINA (TRIESTE)
UDINE
PORDENONE

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
1	1C		Craniotomia, età > 17 anni con CC	13.153	422	57	360
2	1C		Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11.885	642	34	421
3	1C		Craniotomia, età < 18 anni	12.323	406	54	421
4	1C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
5	1C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
6	1C		Decompressione del tunnel carpale	2.090	2.090	11	386
7	1C		Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10.029	363	83	289
8	1C		Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	3.853	408	25	237
9	1M		Malattie e traumatismi del midollo spinale	7.356	382	41	319
10	1M		Neoplasie del sistema nervoso con CC	6.854	395	63	341
11	1M		Neoplasie del sistema nervoso senza CC	4.484	369	50	311
12	1M		Malattie degenerative del sistema nervoso	5.610	324	48	277
13	1M		Sclerosi multipla e atassia cerebellare	3.703	319	43	282
14	1M		Emorragia intracranica o infarto cerebrale	5.462	333	52	272
15	1M		Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	3.422	324	24	275
16	1M		Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	5.474	352	41	288
17	1M		Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	3.930	308	37	186
18	1M		Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	4.527	345	37	283
19	1M		Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	3.468	333	33	212
20	1M		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
21	1M		Meningite virale	4.224	338	31	198
22	1M		Encefalopatia ipertensiva	4.663	351	31	302
23	1M		Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	3.847	325	41	237
24	1M		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
25	1M		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
26	1M		Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	2.405	422	19	363
27	1M		Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	6.279	441	37	341
28	1M		Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	5.861	428	31	353
29	1M		Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	2.991	372	14	308
30	1M		Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.959	508	7	408
31	1M		Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	2.910	591	25	453
32	1M		Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.949	505	11	237
33	1M		Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.540	586	7	468
34	1M		Altre malattie del sistema nervoso con CC	5.974	402	49	353
35	1M		Altre malattie del sistema nervoso senza CC	3.930	347	41	295
36	2C		Interventi sulla retina	3.955	382	24	257
37	2C		Interventi sull'orbita	4.681	749	28	336

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
38	2C	Interventi primari sull'iride		2.722	350	17	309
39	2C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia		2.611	2.611	14	337
40	2C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni		2.023	428	11	364
41	2C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni		1.847	703	7	365
42	2C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino		3.398	414	21	272
43	2M	Iftena		1.622	335	14	247
44	2M	Infezioni acute maggiori dell'occhio		3.319	343	27	212
45	2M	Malattie neurologiche dell'occhio		3.118	413	25	344
46	2M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC		3.466	400	29	337
47	2M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC		2.623	371	23	316
48	2M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni		2.278	442	15	391
49	3C	Interventi maggiori sul capo e sul collo		9.680	377	71	271
50	3C	Sialoadenectomia		3.757	398	24	309
51	3C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia		3.294	405	17	307
52	3C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi		3.314	344	18	293
53	3C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni		3.110	3.110	17	271
54	3C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni		2.908	2.908	21	224
55	3C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola		2.780	2.780	14	307
56	3C	Rinoplastica		2.450	462	14	293
57	3C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni		2.062	2.062	11	262
58	3C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni		1.949	1.949	5	351
59	3C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni		1.418	1.418	7	247
60	3C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni		939	939	5	317
61	3C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni		3.285	3.285	15	505
62	3C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni		1.879	1.879	7	410
63	3C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola		4.523	431	24	283
64	3M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola		4.897	395	37	318
65	3M	Alterazioni dell'equilibrio		2.669	343	24	296
66	3M	Epistassi		2.238	384	17	236
67	3M	Epiglottite		2.493	498	17	364
68	3M	Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC		3.495	374	27	337
69	3M	Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC		2.496	335	17	293
70	3M	Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni		1.895	366	11	261
71	3M	Laringotracheite		2.325	361	11	345
72	3M	Traumatismi e deformità del naso		2.744	515	14	397
73	3M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni		2.978	432	17	360
74	3M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni		1.917	505	7	382
75	4C	Interventi maggiori sul torace		10.200	461	48	305

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
76	4C		Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	9.660	379	64	296
77	4C		Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	3.730	318	45	283
78	4M		Embolia polmonare	5.976	343	55	284
79	4M		Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	9.283	324	79	280
80	4M		Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	6.769	280	92	259
81	4M		Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	6.007	454	41	405
82	4M		Neoplasie dell'apparato respiratorio	5.302	360	47	234
83	4M		Traumi maggiori del torace con CC	3.364	397	24	316
84	4M		Traumi maggiori del torace senza CC	2.045	369	17	304
85	4M		Versamento pleurico con CC	6.079	350	51	318
86	4M		Versamento pleurico senza CC	5.347	337	48	195
87	4M		Edema polmonare e insufficienza respiratoria	4.400	377	31	297
88	4M		Malattia polmonare cronica ostruttiva	4.014	285	31	250
89	4M		Pneumonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	5.521	333	38	293
90	4M		Pneumonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	3.684	269	31	174
91	4M		Pneumonite semplice e pleurite, età < 18 anni	2.710	337	17	308
92	4M		Malattia polmonare interstiziale con CC	6.536	322	44	280
93	4M		Malattia polmonare interstiziale senza CC	4.345	305	39	272
94	4M		Pneumotorace con CC	5.968	355	41	304
95	4M		Pneumotorace senza CC	3.137	298	24	257
96	4M		Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	3.303	308	28	266
97	4M		Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	2.592	272	27	182
98	4M		Bronchite e asma, età < 18 anni	2.138	352	17	324
99	4M		Segni e sintomi respiratori con CC	3.582	304	41	159
100	4M		Segni e sintomi respiratori senza CC	2.657	282	37	150
101	4M		Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	4.167	386	34	325
102	4M		Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	2.503	359	25	311
103	5C		Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	69.501	1.295	70	804
104	5C		Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	25.492	1.427	48	943
105	5C		Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	21.551	970	38	433
106	5C		Bypass coronarico con PTCA	25.938	1.660	52	1.090
107	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
108	5C		Altri interventi cardiotoracici	15.805	854	32	519
109	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
110	5C		Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	14.177	658	61	392
111	5C		Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	8.693	450	45	322
112	5C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
113	5C		Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	13.145	400	87	297

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
114	5C		Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	8.962	318	82	329
115	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
116	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
117	5C		Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	6.777	6.777	28	415
118	5C		Sostituzione di pacemaker cardiaco	8.980	8.980	32	361
119	5C		Legatura e stripping di vene	2.641	2.641	14	341
120	5C		Altri interventi sull'apparato circolatorio	9.216	490	65	435
121	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	6.794	414	32	333
122	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	5.410	406	26	325
123	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	4.883	605	27	425
124	5M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	5.037	5.037	37	502
125	5M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.416	2.416	14	344
126	5M		Endocardite acuta e subacuta	11.625	365	98	313
127	5M		Insufficienza cardiaca e shock	4.300	331	34	276
128	5M		Tromboflebite delle vene profonde	3.658	293	31	256
129	5M		Arresto cardiaco senza causa apparente	5.620	462	56	279
130	5M		Malattie vascolari periferiche con CC	4.904	347	48	296
131	5M		Malattie vascolari periferiche senza CC	3.398	316	39	275
132	5M		Aterosclerosi con CC	4.216	346	34	211
133	5M		Aterosclerosi senza CC	3.036	322	34	195
134	5M		Iperensione	2.803	325	27	205
135	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	4.232	368	34	296
136	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.901	332	35	292
137	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	4.452	646	19	495
138	5M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	4.496	448	31	386
139	5M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	2.636	338	25	291
140	5M		Angina pectoris	3.032	344	24	293
141	5M		Sincope e collasso con CC	3.362	366	27	218
142	5M		Sincope e collasso senza CC	2.509	337	21	199
143	5M		Dolore toracico	3.122	533	19	470
144	5M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	5.487	400	37	328
145	5M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	3.734	351	41	304
146	6C		Resezione rettale con CC	11.622	371	66	297
147	6C		Resezione rettale senza CC	8.118	321	54	272
148	6C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
149	6C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	7.145	316	49	207
150	6C		Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.713	442	41	338

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
151	6C		Lisi di aderenze peritoneali senza CC	4.143	363	26	263
152	6C		Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	6.926	455	48	290
153	6C		Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4.856	395	34	277
154	6C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
155	6C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.804	345	48	259
156	6C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	6.528	404	24	333
157	6C		Interventi su ano e stoma con CC	4.804	364	34	304
158	6C		Interventi su ano e stoma senza CC	2.461	338	17	301
159	6C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	6.814	6.814	44	272
160	6C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	3.325	3.325	27	269
161	6C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.974	3.974	27	321
162	6C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.575	2.575	14	289
163	6C		Interventi per ernia, età < 18 anni	1.843	1.843	7	410
164	6C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	5.990	439	28	324
165	6C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	3.115	425	12	308
166	6C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	4.329	366	22	316
167	6C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.269	392	12	259
168	3C		Interventi sulla bocca con CC	5.057	5.057	43	275
169	3C		Interventi sulla bocca senza CC	3.467	442	23	272
170	6C		Altri interventi sull'apparato digerente con CC	9.842	484	64	338
171	6C		Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	5.461	309	44	296
172	6M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	5.487	377	53	331
173	6M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	5.072	374	51	302
174	6M		Emorragia gastrointestinale con CC	5.024	369	37	294
175	6M		Emorragia gastrointestinale senza CC	2.985	322	27	268
176	6M		Ulcera peptica complicata	4.090	376	31	297
177	6M		Ulcera peptica non complicata con CC	4.063	309	34	257
178	6M		Ulcera peptica non complicata senza CC	2.768	298	27	188
179	6M		Malattie infiammatorie dell'intestino	4.541	344	38	291
180	6M		Occlusione gastrointestinale con CC	3.851	359	34	297
181	6M		Occlusione gastrointestinale senza CC	2.493	309	24	188
182	6M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.467	330	31	210
183	6M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2.423	318	25	207
184	6M		Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	1.755	372	11	333
185	3M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.717	432	23	330
186	3M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	2.219	405	15	355
187	3M		Estrazioni e riparazioni dentali	2.304	516	11	353
188	6M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	4.611	374	39	304

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
189	6M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2.565	350	21	297
190	6M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	2.272	386	15	338
191	7C		Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	16.431	618	71	371
192	7C		Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	10.160	390	59	297
193	7C		Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	12.203	418	62	325
194	7C		Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	9.117	325	57	324
195	7C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	9.650	392	50	288
196	7C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	6.300	290	46	190
197	7C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	7.037	371	48	279
198	7C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.910	206	27	270
199	7C		Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	9.166	353	61	231
200	7C		Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	8.666	358	45	389
201	7C		Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	11.855	678	86	450
202	7M		Cirrosi e epatite alcolica	5.695	444	41	345
203	7M		Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.895	381	51	305
204	7M		Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	4.584	337	37	283
205	7M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	5.241	379	42	337
206	7M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	3.325	377	41	303
207	7M		Malattie delle vie biliari con CC	4.765	353	37	270
208	7M		Malattie delle vie biliari senza CC	3.111	319	31	217
209	8C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
210	8C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	10.547	333	62	249
211	8C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	5.933	329	37	245
212	8C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	7.618	441	41	379
213	8C		Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	8.141	346	82	221
214	8C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
215	8C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
216	8C		Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.543	435	37	432
217	8C		Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	11.334	523	69	355
218	8C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	7.858	384	48	257
219	8C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.850	3.850	31	243
220	8C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.549	3.549	24	283
221	8C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
222	8C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
223	8C		Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.325	3.325	24	272
224	8C		Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.839	2.839	21	262
225	8C		Interventi sul piede	3.164	3.164	21	317

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
226	8C		Interventi sui tessuti molli con CC	6.364	321	42	283
227	8C		Interventi sui tessuti molli senza CC	2.712	406	17	280
228	8C		Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	3.032	450	21	323
229	8C		Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	2.129	2.129	11	271
230	8C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.211	3.211	21	210
231	8C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
232	8C		Artroscopia	2.747	2.747	14	270
233	8C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	9.709	481	47	351
234	8C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.600	344	42	285
235	8M		Fratture del femore	5.389	400	50	346
236	8M		Fratture dell'anca e della pelvi	5.416	409	51	365
237	8M		Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	2.830	345	33	285
238	8M		Osteomielite	5.974	379	51	198
239	8M		Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.661	404	37	332
240	8M		Malattie del tessuto connettivo con CC	6.573	369	47	240
241	8M		Malattie del tessuto connettivo senza CC	4.199	335	50	198
242	8M		Artrite settica	5.611	419	60	214
243	8M		Afezioni mediche del dorso	3.027	336	31	183
244	8M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	4.132	400	37	185
245	8M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	2.933	328	39	144
246	8M		Artropatie non specifiche	3.115	321	39	172
247	8M		Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	2.665	351	41	199
248	8M		Tendinite, miosite e borsite	2.751	341	32	289
249	8M		Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.045	417	15	309
250	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	3.009	641	25	241
251	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	2.071	465	11	228
252	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	1.462	508	4	333
253	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	3.325	446	31	271
254	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	1.984	325	15	201
255	8M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.956	501	11	287
256	8M		Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.415	388	23	243
257	9C		Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	6.107	307	38	276
258	9C		Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.949	347	29	265
259	9C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	5.994	384	37	253
260	9C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	3.312	3.312	24	219
261	9C		Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.503	3.503	17	322
262	9C		Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	2.216	463	11	344
263	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	9.690	250	97	182

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
264	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	5.714	276	72	166
265	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	6.703	344	43	294
266	9C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	3.722	347	23	228
267	9C		Interventi perianali e pilonidali	2.782	351	21	313
268	9C		Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.969	413	19	294
269	9C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5.740	496	49	351
270	9C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	2.441	390	19	296
271	9M		Ulcere della pelle	6.083	291	61	253
272	9M		Malattie maggiori della pelle con CC	5.235	386	44	316
273	9M		Malattie maggiori della pelle senza CC	3.818	305	38	280
274	9M		Neoplasie maligne della mammella con CC	6.289	446	59	267
275	9M		Neoplasie maligne della mammella senza CC	4.185	372	27	224
276	9M		Patologie non maligne della mammella	1.912	364	19	293
277	9M		Cellulite, età > 17 anni con CC	4.708	321	37	184
278	9M		Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.790	304	28	182
279	9M		Cellulite, età < 18 anni	2.131	377	14	344
280	9M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.687	459	25	373
281	9M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	2.238	450	15	360
282	9M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	2.036	701	7	323
283	9M		Malattie minori della pelle con CC	4.014	344	34	204
284	9M		Malattie minori della pelle senza CC	2.372	325	27	292
285	10C		Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	13.431	243	104	182
286	10C		Interventi sul surrene e sulla ipofisi	9.762	374	38	360
287	10C		Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	8.888	276	69	235
288	10C		Interventi per obesità	4.970	570	41	253
289	10C		Interventi sulle paratiroidi	4.972	321	28	325
290	10C		Interventi sulla tiroide	3.471	3471	21	229
291	10C		Interventi sul dotto tiroglossa	1.851	413	14	278
292	10C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	10.843	717	65	470
293	10C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	7.014	271	43	179
294	10M		Diabete, età > 35 anni	3.595	313	34	188
295	10M		Diabete, età < 36 anni	3.046	422	32	360
296	10M		Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	4.609	345	41	316
297	10M		Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	3.558	333	39	280
298	10M		Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	2.137	345	15	282
299	10M		Difetti congeniti del metabolismo	3.905	474	27	322
300	10M		Malattie endocrine con CC	4.663	388	42	322
301	10M		Malattie endocrine senza CC	2.695	388	32	216

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
302	11	C	Trapianto renale	50.968	1.476	62	1.035
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	10.046	386	58	253
304	11	C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia con CC	9.191	400	51	316
305	11	C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia senza CC	6.754	6.754	37	305
306	11	C	Prostatectomia con CC	6.235	305	44	303
307	11	C	Prostatectomia senza CC	3.862	262	28	250
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC	7.349	472	55	392
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC	4.747	333	42	218
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC	5.051	324	31	361
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.868	2.868	21	225
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	3.229	328	31	292
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2.940	2.940	24	261
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	3.309	479	25	278
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	8.041	470	68	304
316	11	M	Insufficienza renale	5.517	450	46	352
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	3.434	413	41	237
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	5.059	464	49	390
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	3.994	347	37	287
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.882	344	31	287
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	3.060	325	24	227
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	3.011	384	23	235
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	3.857	408	17	344
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	2.093	308	17	257
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	4.072	418	27	360
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.967	366	21	319
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	2.489	391	15	353
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	3.647	448	28	212
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	2.111	335	25	174
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.787	432	15	242
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	4.587	366	42	303
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.985	358	33	303
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	3.119	476	15	388
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	7.573	379	43	293
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	6.093	364	33	285
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	4.812	275	35	254
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	3.659	267	28	245
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	4.471	351	24	316
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	2.209	2.209	11	266

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
340	12C		Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	2.027	2.027	7	416
341	12C		Interventi sul pene	4.394	4.394	21	283
342	12C		Circoncisione, età > 17 anni	2.028	2.028	11	369
343	12C		Circoncisione, età < 18 anni	1.259	1.259	5	341
344	12C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	6.489	388	41	256
345	12C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	4.216	298	27	316
346	12M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	5.670	405	45	344
347	12M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	3.943	369	41	322
348	12M		Iperplasia prostatica benigna con CC	3.778	322	31	269
349	12M		Iperplasia prostatica benigna senza CC	2.982	317	29	269
350	12M		Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	2.241	374	17	308
351	12M		Sterilizzazione maschile				
352	12M		Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	2.123	655	15	268
353	13C		Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	8.101	431	38	358
354	13C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	7.932	202	57	245
355	13C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	4.504	319	29	186
356	13C		Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	3.813	288	23	188
357	13C		Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	8.526	404	45	266
358	13C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	4.940	351	29	275
359	13C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.547	3.547	17	224
360	13C		Interventi su vagina,ervice e vulva	2.702	518	11	341
361	13C		Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.313	2.313	11	353
362	13C		Occlusione endoscopica delle tube	1.454	1.454	7	225
363	13C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	3.342	3.342	17	374
364	13C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	2.044	2.044	7	329
365	13C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	5.168	390	43	257
366	13M		Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	5.522	432	55	359
367	13M		Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	3.213	391	27	352
368	13M		Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	2.576	360	17	243
369	13M		Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.909	435	11	374
370	14C		Parto cesareo con CC	4.691	408	22	268
371	14C		Parto cesareo senza CC	3.283	358	13	236
372	14M		Parto vaginale con diagnosi complicanti	3.119	442	17	346
373	14M		Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2.072	427	7	272
374	14C		Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.705	435	9	358
375	14C		Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	4.236	415	9	470
376	14M		Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.785	371	8	308
377	14C		Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	3.330	750	15	494

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
378	14M		Gravidanza ectopica	3.143	416	14	253
379	14M		Minaccia di aborto	2.861	402	17	301
380	14M		Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.531	481	7	264
381	14C		Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.877	1.877	4	410
382	14M		Falso travaglio	611	468	19	132
383	14M		Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	2.164	403	14	268
384	14M		Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	1.964	350	19	242
385	15		Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	5.483	422	19	362
386	15		Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	16.894	384	138	229
387	15		Prematurità con affezioni maggiori	9.421	363	83	219
388	15		Prematurità senza affezioni maggiori	5.227	256	48	249
389	15		Neonati a termine con affezioni maggiori	2.524	283	17	178
390	15		Neonati con altre affezioni significative	1.802	226	14	134
391	15		Neonato normale	718	240	8	-
392	16C		Splenectomia, età > 17 anni	8.429	588	32	406
393	16C		Splenectomia, età < 18 anni	6.021	428	20	324
394	16C		Altri interventi sugli organi emopoietici	5.266	591	29	413
395	16M		Anomale dei globuli rossi, età > 17 anni	4.721	388	43	332
396	16M		Anomale dei globuli rossi, età < 18 anni	2.176	427	11	317
397	16M		Disturbi della coagulazione	6.663	605	37	468
398	16M		Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	8.296	508	57	262
399	16M		Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	4.049	392	32	235
400	17C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
401	17C		Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	12.452	322	78	379
402	17C		Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	5.230	317	45	207
403	17M		Linfoma e leucemia non acuta con CC	10.078	515	60	425
404	17M		Linfoma e leucemia non acuta senza CC	4.992	377	46	329
405	17M		Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	10.369	969	19	757
406	17C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	14.529	2.399	75	337
407	17C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	6.991	1.717	51	238
408	17C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	6.657	495	33	418
409	17M		Radioterapia	3.959	505	24	377
410	17M		Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.556	479	11	379
411	17M		Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	2.181	374	23	229
412	17M		Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.764	487	19	355
413	17M		Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	7.498	388	65	317
414	17M		Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	4.883	365	50	217
415	18C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
416	18M		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
417	18M		Setticemia, età < 18 anni	3.767	374	24	341
418	18M		Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.862	360	31	316
419	18M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	4.182	388	34	239
420	18M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	3.220	353	28	207
421	18M		Malattie di origine virale, età > 17 anni	3.063	366	21	249
422	18M		Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	2.309	384	14	344
423	18M		Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.651	457	28	353
424	19C		Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	10.376	489	49	307
425	19M		Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	2.958	386	33	336
426	19M		Nervosi depressive	2.978	293	44	276
427	19M		Nervosi eccetto nervosi depressive	2.623	317	43	296
428	19M		Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	3.288	280	51	262
429	19M		Disturbi organici e ritardo mentale	4.106	308	53	205
430	19M		Psicosi	4.082	266	63	249
431	19M		Disturbi mentali dell'infanzia	2.537	319	27	217
432	19M		Altre diagnosi relative a disturbi mentali	3.254	331	25	245
433	20M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.535	425	4	391
434	20M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
435	20M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
436	20M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
437	20M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
439	21C		Trapianti di pelle per traumatismo	5.325	453	50	297
440	21C		Sbrigliamento di ferite per traumatismo	7.138	758	47	497
441	21C		Interventi sulla mano per traumatismo	2.643	472	19	293
442	21C		Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	9.567	422	78	390
443	21C		Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	5.484	369	43	292
444	21M		Traumatismi, età > 17 anni con CC	3.471	333	28	283
445	21M		Traumatismi, età > 17 anni senza CC	2.319	331	23	277
446	21M		Traumatismi, età < 18 anni	1.769	462	7	383
447	21M		Reazioni allergiche, età > 17 anni	2.221	421	19	355
448	21M		Reazioni allergiche, età < 18 anni	1.323	390	7	360
449	21M		Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	3.505	422	29	343
450	21M		Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.964	409	11	333
451	21M		Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.469	487	4	364
452	21M		Complicazioni di trattamenti con CC	3.294	444	46	262
453	21M		Complicazioni di trattamenti senza CC	2.425	328	29	232
454	21M		Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	4.106	490	41	377

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
455	21M		Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	2.627	453	23	198
456	22M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
457	22M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
458	22C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
459	22C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
460	22M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
461	23C		Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	3.891	344	29	296
462	23M		Riabilitazione	2.702	331	45	128
463	23M		Segni e sintomi con CC	4.551	376	42	207
464	23M		Segni e sintomi senza CC	2.763	303	32	190
465	23M		Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1.161	279	19	278
466	23M		Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	2.039	417	7	241
467	23M		Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.104	382	11	202
468	C		Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	8.086	586	39	386
469			Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	611	158	15	110
470			Non attribuibile ad altro DRG	611	93	33	65
471	8C		Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	19.649	432	101	297
472	22C		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
473	17M		Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	27.455	1.112	102	800
475	4M		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
476	C		Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	6.381	406	37	325
477	C		Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	4.282	405	29	266
478	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
479	5C		Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	5.410	396	45	280
480	C		Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	84.767	1.744	88	1.183
481	C		Trapianto di midollo osseo	57.468	2.908	106	1.428
482	C		Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	15.094	3.420	72	308
483	C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
484	24C		Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	24.360	619	91	666
485	24C		Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	18.183	661	57	435
486	24C		Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	16.440	605	61	469
487	24M		Altri traumatismi multipli rilevanti	7.705	637	35	464
488	25C		H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	15.845	418	110	275
489	25M		H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	9.260	392	109	243
490	25M		H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	5.623	410	56	279
491	8C		Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	7.039	353	47	247
492	17M		Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	9.146	792	15	325
493	7C		Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	6.155	323	27	244

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
494	7C		Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.690	3.690	11	255
495	C		Trapianto di polmone	-	-	-	-
496	8C		Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	24.317	851	43	705
497	8C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	14.495	507	31	420
498	8C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	9.362	328	25	271
499	8C		Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	5.907	208	24	169
500	8C		Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.816	3.816	17	173
501	8C		Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	13.338	633	57	424
502	8C		Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	4.724	225	36	150
503	8C		Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3.809	3.809	4	253
504	22C		Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore con innesto di cute	51.167	189	101	481
505	22M		Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	12.705	1.484	32	834
506	22C		Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	19.960	826	108	543
507	22C		Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	8.706	360	69	237
508	22M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	6.527	434	41	286
509	22M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	3.838	255	31	168
510	22M		Ustioni non estese con CC o trauma significativo	5.063	507	53	307
511	22M		Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	4.502	450	30	273
512	C		Trapianto simultaneo di pancreas/rene	-	-	-	-
513	C		Trapianto di pancreas	-	-	-	-
514	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	-	-	-	-
515	5C		Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateeterismo cardiaco	23.705	1.067	30	474
516	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	-	-	-	-
517	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	-	-	-	-
518	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	7.589	394	7	280
519	8C		Artrodesi vertebrale cervicale con CC	9.340	327	39	271
520	8C		Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	5.681	199	17	165
521	20M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	3.469	313	49	286
522	20M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	3.374	199	43	119
523	20M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	2.758	279	27	266
524	1M		Ischemia cerebrale transitoria	3.422	324	24	275
525	5C		Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	21.551	970	38	433
528	1C		Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	13.153	422	57	360
529	1C		Interventi di anastomosi ventricolare con CC	13.153	422	57	360
530	1C		Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	13.153	422	57	360
531	1C		Interventi sul midollo spinale con CC	8.944	347	47	228

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
532	1C		Interventi sul midollo spinale senza CC	8.944	347	47	228
533	1C		Interventi vascolari extracranici con CC	6.587	441	31	365
534	1C		Interventi vascolari extracranici senza CC	6.587	441	31	365
535	5C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	28.040	1.570	23	1.037
536	5C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	28.040	1.570	23	1.037
537	8C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	3.239	3.239	17	322
538	8C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	3.239	3.239	17	322
539	17C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	12.935	544	57	425
540	17C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	12.935	544	57	425
541	C		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	56.885	9.411	132	680
542	C		Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	56.885	9.411	132	680
543	1C		Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	13.153	422	57	360
544	8C		Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	11.099	374	42	265
545	8C		Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.099	374	42	265
546	8C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	9.362	328	25	271
547	5C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	21.698	1.389	52	911
548	5C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	21.698	1.389	52	911
549	5C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	17.958	718	29	395
550	5C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	17.958	718	29	395
551	5C		Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	14.717	14.717	41	604
552	5C		Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	9.656	9.656	24	502
553	5C		Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.223	477	62	316
554	5C		Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	8.223	477	62	316
555	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	11.723	610	15	434
556	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	10.097	525	7	374
557	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	11.723	610	15	434
558	5C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	10.097	525	7	374
559	1M		Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	5.462	333	52	272
560	1M		Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	7.618	445	55	254
561	1M		Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	7.618	445	55	254
562	1M		Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.737	379	31	294
563	1M		Convulsioni, età > 17 anni senza CC	2.850	343	25	217
564	1M		Cefalea, età > 17 anni	2.850	343	25	217
565	4M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	13.140	656	64	470

ALLEGATO 3 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
566	4M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	13.140	656	64	470
567	6C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	14.136	550	67	376
568	6C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	14.136	550	67	376
569	6C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	12.224	405	65	331
570	6C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	12.224	405	65	331
571	6M		Malattie maggiori dell'esofago	5.024	369	37	294
572	6M		Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	3.467	330	31	210
573	11C		Interventi maggiori sulla vescica	10.046	386	58	253
574	16M		Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	4.721	388	43	332
575	18M		Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	6.974	362	51	293
576	18M		Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	6.974	362	51	293
577	1C		Inserzione di stent carotideo	6.587	441	31	365
578	18M		Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	9.700	408	43	371
579	18M		Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	9.700	408	43	371

TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI ORDINARI NEI REPARTI PER LUNGODEGENTI
TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI NEI SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA PSICHIATRICI

184
204

OSSERVAZIONE ED ESPIANTO DI ORGANO DA CADAVERE PER TRAPIANTO
IMPIANTO DI CUORE ARTIFICIALE
ASSISTENZA ALBERGHIERA PER IL GENITORE CHE ASSISTE IL BAMBINO RICOVERATO
TRATTAMENTO CON LITOTRITTORE
PROTESI MAMMARIA
STIMOLATORE CEREBRALE

2.606
49.967
8
534
802
16.543

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	550
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	550
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	550
4	1	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
5	1	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	2.090
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	550
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	550
9	1	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	382
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	395
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	369
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	359
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	359
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	359
15	1	M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	359
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	359
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	359
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	359
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	359
20	1	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
21	1	M	Meningite virale	359
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	359
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	359
24	1	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
25	1	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	422
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	441
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	428
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	372
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	508
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	591
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	505

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARiffe DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
33	1 M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	586
34	1 M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	402
35	1 M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	359
36	2 C	Interventi sulla retina	608
37	2 C	Interventi sull'orbita	608
38	2 C	Interventi primari sull'iride	608
39	2 C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2.611
40	2 C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	608
41	2 C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	608
42	2 C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	608
43	2 M	Ifema	387
44	2 M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	387
45	2 M	Malattie neurologiche dell'occhio	413
46	2 M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	400
47	2 M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	387
48	2 M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	442
49	3 C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	468
50	3 C	Sialoadenectomia	468
51	3 C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	468
52	3 C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	468
53	3 C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	3.110
54	3 C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2.908
55	3 C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.780
56	3 C	Rinoplastica	468
57	3 C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	2.062
58	3 C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.949
59	3 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.418
60	3 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	939
61	3 C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	3.285
62	3 C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.879
63	3 C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	468
64	3 M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	395
65	3 M	Alterazioni dell'equilibrio	368

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
66	3	M	Epistassi	384
67	3	M	Epiglottite	498
68	3	M	Otitte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	374
69	3	M	Otitte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	368
70	3	M	Otitte media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	368
71	3	M	Laringotracheite	368
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso	515
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	432
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	505
75	4	C	Interventi maggiori sul torace	480
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	480
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	480
78	4	M	Embolia polmonare	343
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	335
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	335
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	454
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	360
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC	397
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	369
85	4	M	Versamento pleurico con CC	350
86	4	M	Versamento pleurico senza CC	337
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	377
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	335
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	335
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	335
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	337
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	335
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	335
94	4	M	Pneumotorace con CC	355
95	4	M	Pneumotorace senza CC	335
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	335
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	335
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	352

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARiffe DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
99	4 M	Segni e sintomi respiratori con CC	335
100	4 M	Segni e sintomi respiratori senza CC	335
101	4 M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	386
102	4 M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	359
103	5 C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	731
104	5 C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	731
105	5 C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	731
106	5 C	Bypass coronarico con PTCA	731
107	5 C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
108	5 C	Altri interventi cardiotoracici	731
109	5 C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
110	5 C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	731
111	5 C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	731
112	5 C	NON PIU' VALIDO	-
113	5 C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	731
114	5 C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	731
115	5 C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
116	5 C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
117	5 C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	6.777
118	5 C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	8.980
119	5 C	Legatura e stripping di vene	2.641
120	5 C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	731
121	5 M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	412
122	5 M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	408
123	5 M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	605
124	5 M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	5.037
125	5 M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.416
126	5 M	Endocardite acuta e subacuta	390
127	5 M	Insufficienza cardiaca e shock	390
128	5 M	Tromboflebite delle vene profonde	390

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
129	5 M		Arresto cardiaco senza causa apparente	462
130	5 M		Malattie vascolari periferiche con CC	390
131	5 M		Malattie vascolari periferiche senza CC	390
132	5 M		Aterosclerosi con CC	390
133	5 M		Aterosclerosi senza CC	390
134	5 M		Iperensione	390
135	5 M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	390
136	5 M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	390
137	5 M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	646
138	5 M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	448
139	5 M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	390
140	5 M		Angina pectoris	390
141	5 M		Sincope e collasso con CC	390
142	5 M		Sincope e collasso senza CC	390
143	5 M		Dolore toracico	533
144	5 M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	400
145	5 M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	390
146	6 C		Resezione rettale con CC	449
147	6 C		Resezione rettale senza CC	449
148	6 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
149	6 C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	449
150	6 C		Lisi di aderenze peritoneali con CC	449
151	6 C		Lisi di aderenze peritoneali senza CC	449
152	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	449
153	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	449
154	6 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
155	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	449
156	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	449
157	6 C		Interventi su ano e stoma con CC	449
158	6 C		Interventi su ano e stoma senza CC	449
159	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	6.814
160	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	3.325
161	6 C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.974

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
162	6 C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.575
163	6 C	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.843
164	6 C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	449
165	6 C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	449
166	6 C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	449
167	6 C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	449
168	3 C	Interventi sulla bocca con CC	5.057
169	3 C	Interventi sulla bocca senza CC	468
170	6 C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	449
171	6 C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	449
172	6 M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	377
173	6 M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	374
174	6 M	Emorragia gastrointestinale con CC	369
175	6 M	Emorragia gastrointestinale senza CC	346
176	6 M	Ulcera peptica complicata	376
177	6 M	Ulcera peptica non complicata con CC	346
178	6 M	Ulcera peptica non complicata senza CC	346
179	6 M	Malattie infiammatorie dell'intestino	346
180	6 M	Occlusione gastrointestinale con CC	359
181	6 M	Occlusione gastrointestinale senza CC	346
182	6 M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	346
183	6 M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	346
184	6 M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	372
185	3 M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	432
186	3 M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	405
187	3 M	Estrazioni e riparazioni dentali	516
188	6 M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	374
189	6 M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	350
190	6 M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	386
191	7 C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	518
192	7 C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	518
193	7 C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	518

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
194	7 C		Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	518
195	7 C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	518
196	7 C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	518
197	7 C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	518
198	7 C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	518
199	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	518
200	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	518
201	7 C		Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	518
202	7 M		Cirrosi e epatite alcolica	444
203	7 M		Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	381
204	7 M		Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	366
205	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	379
206	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	377
207	7 M		Malattie delle vie biliari con CC	366
208	7 M		Malattie delle vie biliari senza CC	366
209	8 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
210	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	495
211	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	495
212	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	495
213	8 C		Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	495
214	8 C		NON PIU' VALIDO	-
215	8 C		NON PIU' VALIDO	-
216	8 C		Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	495
217	8 C		Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	495
218	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	495
219	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.850
220	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.549
221	8 C		NON PIU' VALIDO	-
222	8 C		NON PIU' VALIDO	-
223	8 C		Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.325
224	8 C		Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.839

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARiffe DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
225	8 C	Interventi sul piede	3.164
226	8 C	Interventi sui tessuti molli con CC	495
227	8 C	Interventi sui tessuti molli senza CC	495
228	8 C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	495
229	8 C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	2.129
230	8 C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.211
231	8 C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
232	8 C	Artroscopia	2.747
233	8 C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	495
234	8 C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	495
235	8 M	Fratture del femore	400
236	8 M	Fratture dell'anca e della pelvi	409
237	8 M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	345
238	8 M	Osteomielite	379
239	8 M	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	404
240	8 M	Malattie del tessuto connettivo con CC	369
241	8 M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	335
242	8 M	Artrite settica	419
243	8 M	Affezioni mediche del dorso	336
244	8 M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	400
245	8 M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	333
246	8 M	Artropatie non specifiche	333
247	8 M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	351
248	8 M	Tendinite, miosite e borsite	341
249	8 M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	417
250	8 M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	641
251	8 M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	465
252	8 M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	508
253	8 M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	446
254	8 M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	333
255	8 M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	501
256	8 M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	388
257	9 C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	453

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
258	9 C		Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	453
259	9 C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	453
260	9 C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	3.312
261	9 C		Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.503
262	9 C		Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	453
263	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	453
264	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	453
265	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	453
266	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	453
267	9 C		Interventi perianali e pilonidali	453
268	9 C		Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	453
269	9 C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	453
270	9 C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	453
271	9 M		Ulcere della pelle	325
272	9 M		Malattie maggiori della pelle con CC	386
273	9 M		Malattie maggiori della pelle senza CC	325
274	9 M		Neoplasie maligne della mammella con CC	446
275	9 M		Neoplasie maligne della mammella senza CC	372
276	9 M		Patologie non maligne della mammella	364
277	9 M		Cellulite, età > 17 anni con CC	325
278	9 M		Cellulite, età > 17 anni senza CC	325
279	9 M		Cellulite, età < 18 anni	377
280	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	459
281	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	450
282	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	701
283	9 M		Malattie minori della pelle con CC	344
284	9 M		Malattie minori della pelle senza CC	325
285	10 C		Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	482
286	10 C		Interventi sul surrene e sulla ipofisi	482
287	10 C		Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	482
288	10 C		Interventi per obesità	482
289	10 C		Interventi sulle paratiroidi	482
290	10 C		Interventi sulla tiroide	3.471

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARiffe DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
291	10 C	Interventi sul dotto tiroglossa	482
292	10 C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	482
293	10 C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	482
294	10 M	Diabete, età > 35 anni	337
295	10 M	Diabete, età < 36 anni	422
296	10 M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	345
297	10 M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	337
298	10 M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	345
299	10 M	Difetti congeniti del metabolismo	474
300	10 M	Malattie endocrine con CC	388
301	10 M	Malattie endocrine senza CC	388
302	11 C	Trapianto renale	422
303	11 C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	422
304	11 C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia con CC	422
305	11 C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia senza CC	6.754
306	11 C	Prostatectomia con CC	422
307	11 C	Prostatectomia senza CC	422
308	11 C	Interventi minori sulla vescica con CC	422
309	11 C	Interventi minori sulla vescica senza CC	422
310	11 C	Interventi per via transuretrale con CC	422
311	11 C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.868
312	11 C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	422
313	11 C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2.940
314	11 C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	422
315	11 C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	422
316	11 M	Insufficienza renale	450
317	11 M	Ricovero per dialisi renale	413
318	11 M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	464
319	11 M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	347
320	11 M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	344
321	11 M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	333
322	11 M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	384
323	11 M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	408

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	333
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	418
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	366
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	391
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	448
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	335
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	432
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	366
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	358
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	476
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	531
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	531
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	531
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	531
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	531
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	2.209
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	2.027
341	12	C	Interventi sul pene	4.394
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni	2.028
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni	1.259
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	531
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	531
346	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	405
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	369
348	12	M	Iperplasia prostatica benigna con CC	364
349	12	M	Iperplasia prostatica benigna senza CC	364
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	374
351			Sterilizzazione maschile	
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	655
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	598
354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	598
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	598
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	598

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARiffe DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
357	13 C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	598
358	13 C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	598
359	13 C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.547
360	13 C	Interventi su vagina, cervice e vulva	598
361	13 C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.313
362	13 C	Occlusione endoscopica delle tube	1.454
363	13 C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	3.342
364	13 C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	2.044
365	13 C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	598
366	13 M	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	432
367	13 M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	391
368	13 M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	386
369	13 M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	435
370	14 C	Parto cesareo con CC	769
371	14 C	Parto cesareo senza CC	769
372	14 M	Parto vaginale con diagnosi complicanti	442
373	14 M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	441
374	14 C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	769
375	14 C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	769
376	14 M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	441
377	14 C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	769
378	14 M	Gravidanza ectopica	441
379	14 M	Minaccia di aborto	441
380	14 M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	481
381	14 C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.877
382	14 M	Falso travaglio	468
383	14 M	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	441
384	14 M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	441
385	15	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	422
386	15	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	384
387	15	Prematurità con affezioni maggiori	363
388	15	Prematurità senza affezioni maggiori	289
389	15	Neonati a termine con affezioni maggiori	289

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
390	15		Neonati con altre affezioni significative	289
392	16 C		Splenectomia, età > 17 anni	670
393	16 C		Splenectomia, età < 18 anni	670
394	16 C		Altri interventi sugli organi emopoietici	670
395	16 M		Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	412
396	16 M		Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	427
397	16 M		Disturbi della coagulazione	605
398	16 M		Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	508
399	16 M		Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	412
400	17 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
401	17 C		Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	454
402	17 C		Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	454
403	17 M		Linfoma e leucemia non acuta con CC	515
404	17 M		Linfoma e leucemia non acuta senza CC	426
405	17 M		Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	969
406	17 C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	2.399
407	17 C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	1.717
408	17 C		Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	454
409	17 M		Radioterapia	505
410	17 M		Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	479
411	17 M		Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	426
412	17 M		Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	487
413	17 M		Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	426
414	17 M		Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	426
415	18 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
416	18 M		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
417	18 M		Setticemia, età < 18 anni	453
418	18 M		Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	453
419	18 M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	453
420	18 M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	453
421	18 M		Malattie di origine virale, età > 17 anni	453
422	18 M		Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	453
423	18 M		Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	457

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	375
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	386
426	19	M	Nevrosi depressive	375
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	375
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	375
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	375
430	19	M	Psicosi	375
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	375
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	375
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	425
434	20	M	NON PIU' VALIDO	-
435	20	M	NON PIU' VALIDO	-
436	20	M	NON PIU' VALIDO	-
437	20	M	NON PIU' VALIDO	-
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	545
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	545
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	545
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	545
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	545
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC	396
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	396
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni	462
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni	421
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni	396
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	422
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	409
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	487
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC	444
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC	396
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	490
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	453
456	22	M	NON PIU' VALIDO	-
457	22	M	NON PIU' VALIDO	-

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
460	22	M	NON PIU' VALIDO	-
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	309
462	23	M	Riabilitazione	331
463	23	M	Segni e sintomi con CC	376
464	23	M	Segni e sintomi senza CC	309
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	309
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	417
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	382
469			Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	94
470			Non attribuibile ad altro DRG	94
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	495
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	1.112
475	4	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
478	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	731
484	24	C	Craniotomia per traumi multipli rilevanti	598
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumi multipli rilevanti	598
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumi multipli rilevanti	598
487	24	M	Altri traumi multipli rilevanti	637
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	506
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	506
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	506
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	495
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	792
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	518
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.690
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	495
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	495
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	495
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	495
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.816
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	495

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
502	8 C		Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	495
503	8 C		Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	3.809
505	22 M		Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	616
508	22 M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	434
509	22 M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	255
510	22 M		Ustioni non estese con CC o trauma significativo	507
511	22 M		Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	450
514	5 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
515	5 C		Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	731
516	5 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
517	5 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
518	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	731
519	8 C		Artrodesi vertebrale cervicale con CC	495
520	8 C		Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	495
521	20 M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	313
522	20 M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	199
523	20 M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	279
524	1 M		Ischemia cerebrale transitoria	359
525	5 C		Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	731
528	1 C		Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	550
529	1 C		Interventi di anastomosi ventricolare con CC	550
530	1 C		Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	550
531	1 C		Interventi sul midollo spinale con CC	550
532	1 C		Interventi sul midollo spinale senza CC	550
533	1 C		Interventi vascolari extracranici con CC	550
534	1 C		Interventi vascolari extracranici senza CC	550
535	5 C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	731
536	5 C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	731
537	8 C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	3.239

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	3.239
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	454
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	454
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	550
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	495
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	495
546	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	495
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	731
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	731
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	731
550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	731
551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	14.717
552	5	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	9.656
553	5	C	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	731
554	5	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	731
555	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	731
556	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	731
557	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	731
558	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	731
559	1	M	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	359
560	1	M	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	445
561	1	M	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	445
562	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC	379
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	359
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	359
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	656
566	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	656
567	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	449
568	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	449
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	449
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	449

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 4 - FASCIA A

TARiffe DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago	369
572	6	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	346
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	422
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	412
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	453
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	453
577	1	C	Inserzione di stent carotideo	550
578	18	M	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	453
579	18	M	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	453

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
1	1	1C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	10.356	332	57	284
2	1	1C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	9.357	505	34	331
3	1	1C	Craniotomia, età < 18 anni	9.702	319	54	331
4	1	1C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
5	1	1C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
6	1	1C	Decompressione del tunnel carpale	1.645	1.645	11	303
7	1	1C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	7.896	286	83	227
8	1	1C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	3.034	321	25	186
9	1	1M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	5.792	300	41	250
10	1	1M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	5.396	311	63	268
11	1	1M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.530	291	50	244
12	1	1M	Malattie degenerative del sistema nervoso	4.416	255	48	218
13	1	1M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	2.916	250	43	221
14	1	1M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	4.300	262	52	214
15	1	1M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.694	255	24	216
16	1	1M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	4.310	276	41	226
17	1	1M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	3.094	242	37	146
18	1	1M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.565	271	37	221
19	1	1M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	2.730	262	33	167
20	1	1M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
21	1	1M	Meningite virale	3.325	266	31	155
22	1	1M	Encefalopatia ipertensiva	3.671	275	31	237
23	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	3.028	256	41	186
24	1	1M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
25	1	1M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
26	1	1M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.893	332	19	286
27	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.944	347	37	268
28	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.615	336	31	277
29	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	2.355	292	14	242
30	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.542	400	7	321
31	1	1M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	2.291	465	25	356
32	1	1M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	1.534	397	11	186
33	1	1M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.212	461	7	367
34	1	1M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	4.703	316	49	277
35	1	1M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	3.094	272	41	232
36	2	2C	Interventi sulla retina	3.113	300	24	202
37	2	2C	Interventi sull'orbita	3.686	590	28	264

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
38	2 C		Interventi primari sull'iride	2.142	275	17	243
39	2 C		Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2.056	2.056	14	265
40	2 C		Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.593	336	11	287
41	2 C		Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.454	553	7	287
42	2 C		Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	2.675	325	21	214
43	2 M		Ifema	1.276	264	14	195
44	2 M		Infezioni acute maggiori dell'occhio	2.613	269	27	167
45	2 M		Malattie neurologiche dell'occhio	2.455	325	25	270
46	2 M		Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.729	314	29	265
47	2 M		Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	2.065	291	23	248
48	2 M		Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.794	348	15	307
49	3 C		Interventi maggiori sul capo e sul collo	7.622	296	71	213
50	3 C		Sialoadenectomia	2.958	314	24	243
51	3 C		Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	2.594	318	17	241
52	3 C		Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	2.609	270	18	230
53	3 C		Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.449	2.449	17	213
54	3 C		Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2.289	2.289	21	176
55	3 C		Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.188	2.188	14	241
56	3 C		Rinoplastica	1.928	363	14	230
57	3 C		Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.623	1.623	11	206
58	3 C		Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.534	1.534	5	275
59	3 C		Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.116	1.116	7	195
60	3 C		Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	739	739	5	248
61	3 C		Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	2.586	2.586	15	397
62	3 C		Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.479	1.479	7	322
63	3 C		Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	3.560	338	24	221
64	3 M		Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.855	311	37	249
65	3 M		Alterazioni dell'equilibrio	2.101	269	24	233
66	3 M		Epistassi	1.762	302	17	185
67	3 M		Epiglottite	1.962	391	17	287
68	3 M		Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	2.752	294	27	265
69	3 M		Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.965	264	17	230
70	3 M		Otte media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	1.491	288	11	205
71	3 M		Laringotracheite	1.830	284	11	271
72	3 M		Traumatismi e deformità del naso	2.160	406	14	313
73	3 M		Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	2.344	339	17	284
74	3 M		Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	1.509	397	7	300
75	4 C		Interventi maggiori sul torace	8.031	362	48	240

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	7.605	298	64	233
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	2.936	249	45	221
78	4	M	Embolia polmonare	4.705	269	55	223
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	7.309	255	79	220
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	5.329	220	92	203
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	4.730	357	41	318
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.174	284	47	183
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC	2.649	313	24	248
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	1.609	291	17	239
85	4	M	Versamento pleurico con CC	4.786	275	51	249
86	4	M	Versamento pleurico senza CC	4.209	265	48	153
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.464	296	31	233
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	3.160	224	31	197
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	4.346	262	38	230
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.900	211	31	137
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	2.133	265	17	242
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	5.146	253	44	220
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	3.421	240	39	214
94	4	M	Pneumotorace con CC	4.699	279	41	239
95	4	M	Pneumotorace senza CC	2.470	234	24	202
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.600	242	28	209
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	2.040	214	27	143
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.683	276	17	255
99	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	2.820	239	41	125
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	2.092	221	37	118
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	3.281	303	34	256
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.970	283	25	244
103	5	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	54.725	1.019	70	632
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	20.072	1.123	48	742
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	16.969	763	38	341
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA	20.424	1.306	52	858
107	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	12.445	672	32	408
109	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	11.162	518	61	308
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	6.844	354	45	253
112	5	C	NON PIU' VALIDO	-	-		-
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	10.349	314	87	233

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
114	5C		Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	7.057	249	82	259
115	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
116	5C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
117	5C		Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5.335	5.335	28	326
118	5C		Sostituzione di pacemaker cardiaco	7.070	7.070	32	284
119	5C		Legatura e stripping di vene	2.079	2.079	14	268
120	5C		Altri interventi sull'apparato circolatorio	7.256	385	65	342
121	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	5.349	325	32	262
122	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	4.259	319	26	256
123	5M		Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	3.844	476	27	334
124	5M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.966	3.966	37	394
125	5M		Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	1.901	1.901	14	270
126	5M		Endocardite acuta e subacuta	9.154	287	98	245
127	5M		Insufficienza cardiaca e shock	3.385	260	34	217
128	5M		Tromboflebite delle vene profonde	2.879	230	31	201
129	5M		Arresto cardiaco senza causa apparente	4.425	363	56	219
130	5M		Malattie vascolari periferiche con CC	3.861	272	48	233
131	5M		Malattie vascolari periferiche senza CC	2.675	248	39	216
132	5M		Aterosclerosi con CC	3.319	271	34	166
133	5M		Aterosclerosi senza CC	2.390	253	34	153
134	5M		Iperensione	2.207	256	27	160
135	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	3.332	290	34	233
136	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.284	261	35	230
137	5M		Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.505	508	19	389
138	5M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	3.540	352	31	303
139	5M		Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	2.075	266	25	229
140	5M		Angina pectoris	2.387	270	24	230
141	5M		Sincope e collasso con CC	2.646	288	27	172
142	5M		Sincope e collasso senza CC	1.975	265	21	156
143	5M		Dolore toracico	2.457	419	19	369
144	5M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	4.320	314	37	258
145	5M		Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.939	275	41	239
146	6C		Resezione rettale con CC	9.150	291	66	233
147	6C		Resezione rettale senza CC	6.391	253	54	214
148	6C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
149	6C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	5.625	248	49	162
150	6C		Lisi di aderenze peritoneali con CC	6.072	348	41	266
151	6C		Lisi di aderenze peritoneali senza CC	3.261	286	26	206

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
152	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	5.453	358	48	228
153	6 C		Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	3.823	311	34	218
154	6 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
155	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	5.357	271	48	203
156	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.140	318	24	262
157	6 C		Interventi su ano e stoma con CC	3.763	287	34	239
158	6 C		Interventi su ano e stoma senza CC	1.938	266	17	237
159	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	5.365	5.365	44	214
160	6 C		Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.618	2.618	27	211
161	6 C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.129	3.129	27	253
162	6 C		Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.028	2.028	14	227
163	6 C		Interventi per ernia, età < 18 anni	1.451	1.451	7	322
164	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	4.715	345	28	255
165	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	2.453	334	12	248
166	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.408	288	22	242
167	6 C		Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	1.785	308	12	203
168	3 C		Interventi sulla bocca con CC	3.982	3.982	43	216
169	3 C		Interventi sulla bocca senza CC	2.729	348	23	214
170	6 C		Altri interventi sull'apparato digerente con CC	7.749	381	64	266
171	6 C		Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.299	243	44	233
172	6 M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.320	296	53	260
173	6 M		Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	3.993	294	51	237
174	6 M		Emorragia gastrointestinale con CC	3.956	291	37	231
175	6 M		Emorragia gastrointestinale senza CC	2.349	253	27	210
176	6 M		Ulcera peptica complicata	3.220	295	31	233
177	6 M		Ulcera peptica non complicata con CC	3.199	243	34	202
178	6 M		Ulcera peptica non complicata senza CC	2.179	234	27	148
179	6 M		Malattie infiammatorie dell'intestino	3.575	270	38	229
180	6 M		Occlusione gastrointestinale con CC	3.032	283	34	233
181	6 M		Occlusione gastrointestinale senza CC	1.962	243	24	148
182	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.729	260	31	165
183	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1.908	249	25	162
184	6 M		Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	1.382	292	11	262
185	3 M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.138	339	23	260
186	3 M		Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.747	318	15	279
187	3 M		Estrazioni e riparazioni dentali	1.813	406	11	277
188	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.630	294	39	239
189	6 M		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2.019	275	21	233

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.788	303	15	266
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	12.936	486	71	291
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	8.000	306	59	233
193	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	9.608	329	62	256
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	7.179	256	57	255
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	7.598	308	50	226
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.960	228	46	149
197	7	C	Colecistectomia, eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.540	291	48	219
198	7	C	Colecistectomia, eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	3.078	161	27	112
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	7.217	277	61	181
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	6.823	282	45	306
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	9.334	533	86	354
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica	4.484	349	41	271
203	7	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	3.853	299	51	240
204	7	M	Malattie del pancreas, eccetto neoplasie maligne	3.609	265	37	221
205	7	M	Malattie del fegato, eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	4.127	298	42	265
206	7	M	Malattie del fegato, eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	2.618	296	41	238
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC	3.752	277	37	212
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC	2.449	250	31	171
209	8	C	NON PIU' VALIDO per il gruppo 24a				
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto artroplastie maggiori, età > 17 anni con CC	8.304	262	62	196
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto artroplastie maggiori, età > 17 anni senza CC	4.671	259	37	193
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto artroplastie maggiori, età < 18 anni	5.998	347	41	298
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.410	271	82	174
214	8	C	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
215	8	C	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
216	8	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	5.151	342	37	339
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo, eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	8.924	411	69	279
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero, eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.166	302	48	202
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero, eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.032	3.032	31	191
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero, eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	2.793	2.793	24	221
221	8	C	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
222	8	C	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.618	2.618	24	214
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio, eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.235	2.235	21	206
225	8	C	Interventi sul piede	2.491	2.491	21	248
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC	5.010	253	42	221
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	2.134	319	17	220

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
228	8 C		Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	2.387	354	21	254
229	8 C		Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.676	1.676	11	213
230	8 C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	2.527	2.527	21	165
231	8 C		NON PIU' VALIDO per il gruppo 24a				
232	8 C		Artroscopia	2.162	2.162	14	212
233	8 C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.645	379	47	275
234	8 C		Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	3.621	270	42	224
235	8 M		Fratture del femore	4.242	314	50	271
236	8 M		Fratture dell'anca e della pelvi	4.264	322	51	287
237	8 M		Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	2.227	271	33	224
238	8 M		Osteomielite	4.703	298	51	155
239	8 M		Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.669	318	37	261
240	8 M		Malattie del tessuto connettivo con CC	5.175	291	47	188
241	8 M		Malattie del tessuto connettivo senza CC	3.306	264	50	155
242	8 M		Artrite settica	4.417	329	60	168
243	8 M		Affezioni mediche del dorso	2.384	264	31	144
244	8 M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	3.253	314	37	145
245	8 M		Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	2.309	258	39	113
246	8 M		Artropatie non specifiche	2.453	253	39	135
247	8 M		Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	2.098	275	41	156
248	8 M		Tendinite, miosite e borsite	2.165	268	32	227
249	8 M		Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.609	328	15	243
250	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.368	504	25	189
251	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	1.630	365	11	179
252	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	1.151	400	4	262
253	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.618	351	31	213
254	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	1.562	256	15	157
255	8 M		Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.540	394	11	226
256	8 M		Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.901	305	23	191
257	9 C		Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	4.808	241	38	217
258	9 C		Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.108	272	29	208
259	9 C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	4.719	302	37	199
260	9 C		Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.607	2.607	24	172
261	9 C		Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	2.758	2.758	17	253
262	9 C		Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.744	363	11	270
263	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.629	197	97	143
264	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	4.499	217	72	129
265	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	5.277	270	43	231

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
266	9 C		Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	2.930	272	23	179
267	9 C		Interventi perianali e pilonidali	2.190	275	21	245
268	9 C		Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.338	325	19	231
269	9 C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	4.519	390	49	275
270	9 C		Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.921	306	19	233
271	9 M		Ulcere della pelle	4.789	229	61	199
272	9 M		Malattie maggiori della pelle con CC	4.121	303	44	248
273	9 M		Malattie maggiori della pelle senza CC	3.006	240	38	220
274	9 M		Neoplasie maligne della mammella con CC	4.951	351	59	210
275	9 M		Neoplasie maligne della mammella senza CC	3.294	292	27	176
276	9 M		Patologie non maligne della mammella	1.505	287	19	230
277	9 M		Cellulite, età > 17 anni con CC	3.706	253	37	145
278	9 M		Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.196	239	28	143
279	9 M		Cellulite, età < 18 anni	1.678	296	14	270
280	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.116	360	25	293
281	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	1.762	354	15	284
282	9 M		Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	1.602	552	7	254
283	9 M		Malattie minori della pelle con CC	3.160	270	34	160
284	9 M		Malattie minori della pelle senza CC	1.867	256	27	230
285	10 C		Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	10.576	191	104	143
286	10 C		Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.686	294	38	284
287	10 C		Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6.998	217	69	184
288	10 C		Interventi per obesità	3.913	448	41	199
289	10 C		Interventi sulle paratiroidi	3.914	253	28	256
290	10 C		Interventi sulla tiroide	2.732	2.732	21	180
291	10 C		Interventi sul dotto tiroglossa	1.456	325	14	218
292	10 C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	8.537	564	65	369
293	10 C		Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.523	213	43	141
294	10 M		Diabete, età > 35 anni	2.830	245	34	148
295	10 M		Diabete, età < 36 anni	2.398	332	32	284
296	10 M		Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	3.629	271	41	248
297	10 M		Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.802	262	39	220
298	10 M		Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.682	271	15	221
299	10 M		Defetti congeniti del metabolismo	3.074	373	27	253
300	10 M		Malattie endocrine con CC	3.671	305	42	253
301	10 M		Malattie endocrine senza CC	2.122	305	32	170
302	11 C		Trapianto renale	40.131	1.161	62	815
303	11 C		Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.909	303	58	199

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
304	11	C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia con CC	7.237	314	51	248
305	11	C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia senza CC	5.318	5.318	37	240
306	11	C	Prostatectomia con CC	4.909	240	44	238
307	11	C	Prostatectomia senza CC	3.040	206	28	197
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC	5.786	372	55	308
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.737	262	42	172
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC	3.976	255	31	284
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.257	2.257	21	176
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	2.542	258	31	230
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2.315	2.315	24	205
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	2.605	377	25	218
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.331	369	68	239
316	11	M	Insufficienza renale	4.343	354	46	276
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	2.703	325	41	186
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	3.983	364	49	306
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	3.144	272	37	226
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.056	270	31	226
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.409	256	24	178
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	2.370	302	23	184
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	3.037	321	17	270
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	1.648	242	17	202
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.205	329	27	284
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.336	288	21	250
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.959	307	15	277
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.871	352	28	167
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	1.662	264	25	137
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.407	339	15	190
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.611	288	42	238
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	2.349	282	33	238
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	2.456	375	15	305
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	5.963	298	43	230
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	4.797	287	33	224
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	3.788	216	35	199
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.880	210	28	193
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	3.520	275	24	248
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.739	1.739	11	209
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.595	1.595	7	327
341	12	C	Interventi sul pene	3.459	3.459	21	221

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
342	12 C		Circoncisione, età > 17 anni	1.596	1.596	11	291
343	12 C		Circoncisione, età < 18 anni	990	990	5	268
344	12 C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	5.109	305	41	201
345	12 C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	3.319	234	27	248
346	12 M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	4.464	318	45	270
347	12 M		Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	3.104	291	41	253
348	12 M		Ipertrofia prostatica benigna con CC	2.975	253	31	211
349	12 M		Ipertrofia prostatica benigna senza CC	2.347	248	29	211
350	12 M		Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.764	294	17	242
351	12 M		Sterilizzazione maschile				
352	12 M		Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	1.670	515	15	210
353	13 C		Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.378	338	38	282
354	13 C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	6.245	158	57	193
355	13 C		Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	3.546	250	29	146
356	13 C		Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	3.002	226	23	148
357	13 C		Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	6.713	318	45	209
358	13 C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	3.890	275	29	216
359	13 C		Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	2.792	2.792	17	176
360	13 C		Interventi su vagina, cervice e vulva	2.127	407	11	268
361	13 C		Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	1.821	1.821	11	277
362	13 C		Occlusione endoscopica delle tube	1.145	1.145	7	176
363	13 C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.631	2.631	17	294
364	13 C		Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1.609	1.609	7	259
365	13 C		Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	4.069	306	43	202
366	13 M		Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	4.347	339	55	283
367	13 M		Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.530	307	27	276
368	13 M		Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	2.028	284	17	191
369	13 M		Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.502	342	11	294
370	14 C		Parto cesareo con CC	3.693	321	22	210
371	14 C		Parto cesareo senza CC	2.584	282	13	185
372	14 M		Parto vaginale con diagnosi complicanti	2.456	348	17	271
373	14 M		Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.631	336	7	214
374	14 C		Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.130	342	9	282
375	14 C		Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	3.335	326	9	369
376	14 M		Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.406	291	8	242
377	14 C		Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	2.622	590	15	388
378	14 M		Gravidanza ectopica	2.475	327	14	199
379	14 M		Minaccia di aborto	2.252	316	17	237

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.205	379	7	207
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.478	1.478	4	322
382	14	M	Falso travaglio	480	367	19	104
383	14	M	Altro diagnosi preparato con complicazioni mediche	1.704	317	14	210
384	14	M	Altro diagnosi preparato senza complicazioni mediche	1.546	275	19	190
385	15		Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	4.317	332	19	285
386	15		Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	13.302	302	138	180
387	15		Prematurità con affezioni maggiori	7.417	286	83	172
388	15		Prematurità senza affezioni maggiori	4.115	201	48	196
389	15		Neonati a termine con affezioni maggiori	1.987	221	17	140
390	15		Neonati con altre affezioni significative	1.418	177	14	105
391	15		Neonato normale	565	188	8	-
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni	6.636	463	32	319
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni	4.740	336	20	255
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	4.146	465	29	325
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	3.717	305	43	261
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.713	336	11	248
397	16	M	Disturbi della coagulazione	5.246	476	37	367
398	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	6.532	400	57	206
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	3.188	308	32	184
400	17	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	9.805	253	78	298
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	4.117	248	45	162
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.934	406	60	334
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	3.930	296	46	259
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	8.164	763	19	595
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.440	1.889	75	265
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.504	1.352	51	187
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	5.241	389	33	329
409	17	M	Radioterapia	3.116	397	24	296
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.012	377	11	298
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	1.717	294	23	180
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	1.388	383	19	279
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	5.903	305	65	248
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	3.844	287	50	171
415	18	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
416	18	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni	2.966	294	24	268

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
418	18 M		Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.040	284	31	248
419	18 M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	3.292	305	34	187
420	18 M		Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.535	277	28	162
421	18 M		Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.411	288	21	196
422	18 M		Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.817	302	14	270
423	18 M		Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	3.662	360	28	277
424	19 C		Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	8.169	384	49	241
425	19 M		Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	2.329	303	33	264
426	19 M		Nevrosi depressive	2.344	230	44	217
427	19 M		Nevrosi eccetto nevrosi depressive	2.065	248	43	233
428	19 M		Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.589	220	51	206
429	19 M		Disturbi organici e ritardo mentale	3.232	242	53	160
430	19 M		Psicosi	3.214	209	63	196
431	19 M		Disturbi mentali dell'infanzia	1.997	250	27	171
432	19 M		Altre diagnosi relative a disturbi mentali	2.562	260	25	193
433	20 M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	1.208	334	4	307
434	20 M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
435	20 M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
436	20 M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
437	20 M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
438	20 M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
439	21 C		Trapianti di pelle per traumatismo	4.193	356	50	233
440	21 C		Sbrigliamento di ferite per traumatismo	5.620	596	47	390
441	21 C		Interventi sulla mano per traumatismo	2.081	372	19	230
442	21 C		Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	7.532	332	78	306
443	21 C		Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	4.318	291	43	230
444	21 M		Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.732	262	28	221
445	21 M		Traumatismi, età > 17 anni senza CC	1.826	260	23	218
446	21 M		Traumatismi, età < 18 anni	1.392	363	7	301
447	21 M		Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.748	331	19	279
448	21 M		Reazioni allergiche, età < 18 anni	1.041	306	7	284
449	21 M		Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.759	332	29	269
450	21 M		Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni senza CC	1.546	322	11	262
451	21 M		Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.156	383	4	287
452	21 M		Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni	2.594	349	46	206
453	21 M		Complicazioni di trattamenti senza CC	1.909	258	29	182
454	21 M		Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	3.232	385	41	296
455	21 M		Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	2.068	356	23	155
456	22 M		NON PIU' VALIDO	-	-	-	-

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
457	22	M	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
458	22	C	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
459	22	C	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
460	22	M	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	3.063	270	29	233
462	23	M	Riabilitazione	2.127	260	45	100
463	23	M	Segni e sintomi con CC	3.583	295	42	162
464	23	M	Segni e sintomi senza CC	2.176	238	32	149
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	914	219	19	218
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1.605	328	7	189
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.656	300	11	158
468		C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	6.366	461	39	303
469			Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	480	124	15	86
470			Non attribuibile ad altro DRG	480	72	33	51
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	15.471	339	101	233
472	22	C	NON PIU' VALIDO	-	-	-	-
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	21.618	875	102	629
475	4	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
476		C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	5.024	319	37	256
477		C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	3.371	318	29	209
478	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.259	312	45	220
480		C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	66.745	1.372	88	930
481		C	Trapianto di midollo osseo	45.250	2.289	106	1.124
482		C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.885	2.692	72	242
483		C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
484	24	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	19.181	486	91	524
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	14.317	521	57	342
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	12.945	476	61	368
487	24	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	6.066	501	35	364
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	12.476	329	110	216
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	7.291	308	109	191
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	4.427	322	56	219
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	5.542	277	47	195
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	7.202	623	15	256
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	4.846	254	27	191
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.905	2.905	11	200
495		C	Trapianto di polmone	-	-	-	-

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
496	8 C		Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.146	670	43	555
497	8 C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	11.413	398	31	330
498	8 C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	7.371	258	25	213
499	8 C		Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	4.650	164	24	132
500	8 C		Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.005	3.005	17	136
501	8 C		Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	10.502	498	57	333
502	8 C		Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	3.719	176	36	118
503	8 C		Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.999	2.999	4	199
504	22 C		Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore con innesto di cute	40.288	149	101	379
505	22 M		Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	10.003	1.169	32	656
506	22 C		Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	15.716	650	108	427
507	22 C		Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	6.855	284	69	186
508	22 M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.139	341	41	225
509	22 M		Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	3.021	200	31	131
510	22 M		Ustioni non estese con CC o trauma significativo	3.986	398	53	241
511	22 M		Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	3.545	354	30	214
512	C		Trapianto simultaneo di pancreas/rene	-	-	-	-
513	C		Trapianto di pancreas	-	-	-	-
514	5 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
515	5 C		Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	18.664	839	30	373
516	5 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
517	5 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a				
518	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	5.975	309	7	220
519	8 C		Artrodesi vertebrale cervicale con CC	7.354	257	39	213
520	8 C		Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	4.473	156	17	129
521	20 M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.731	245	49	225
522	20 M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.656	156	43	93
523	20 M		Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	2.171	219	27	209
524	1 M		Ischemia cerebrale transitoria	2.694	255	24	216
525	5 C		Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	16.969	763	38	341
528	1 C		Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	10.356	332	57	284
529	1 C		Interventi di anastomosi ventricolare con CC	10.356	332	57	284
530	1 C		Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	10.356	332	57	284
531	1 C		Interventi sul midollo spinale con CC	7.042	272	47	179
532	1 C		Interventi sul midollo spinale senza CC	7.042	272	47	179
533	1 C		Interventi vascolari extracranici con CC	5.186	347	31	287
534	1 C		Interventi vascolari extracranici senza CC	5.186	347	31	287

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
 (Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
535	5 C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	22.079	1.236	23	816
536	5 C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	22.079	1.236	23	816
537	8 C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	2.549	2.549	17	253
538	8 C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.549	2.549	17	253
539	17 C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	10.184	428	57	334
540	17 C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	10.184	428	57	334
541	C		Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia,	44.791	7.410	132	535
542	C		Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico	44.791	7.410	132	535
543	1 C		Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	10.356	332	57	284
544	8 C		Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.740	294	42	208
545	8 C		Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	8.740	294	42	208
546	8 C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	7.371	258	25	213
547	5 C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	17.085	1.093	52	716
548	5 C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	17.085	1.093	52	716
549	5 C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	14.140	565	29	311
550	5 C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.140	565	29	311
551	5 C		Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di	11.588	11.588	41	475
552	5 C		Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.602	7.602	24	394
553	5 C		Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.474	375	62	248
554	5 C		Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.474	375	62	248
555	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.230	479	15	341
556	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.950	413	7	294
557	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.230	479	15	341
558	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.950	413	7	294
559	1 M		Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	4.300	262	52	214
560	1 M		Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	5.998	350	55	199
561	1 M		Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	5.998	350	55	199
562	1 M		Convulsioni, età > 17 anni con CC	2.943	298	31	231
563	1 M		Convulsioni, età > 17 anni senza CC	2.244	269	25	171
564	1 M		Cefalea, età > 17 anni	2.244	269	25	171
565	4 M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	10.346	516	64	369
566	4 M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	10.346	516	64	369
567	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	11.130	433	67	295
568	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	11.130	433	67	295
569	6 C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	9.624	318	65	260
570	6 C		Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	9.624	318	65	260
571	6 M		Malattie maggiori dell'esofago	3.956	291	37	231
572	6 M		Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	2.729	260	31	165

ALLEGATO 5 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
(Importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE 24a VERSIONE	Ricoveri ordinari	Ricoveri di un giorno	Valore soglia	Incremento pro die
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	7.909	303	58	199
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	3.717	305	43	261
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	5.491	285	51	230
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	5.491	285	51	230
577	1	C	Inserzione di stent carotideo	5.186	347	31	287
578	18	M	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	7.637	321	43	291
579	18	M	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	7.637	321	43	291

TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI ORDINARI NEI REPARTI PER LUNGODEGENTI
TARIFFA GIORNALIERA RELATIVA AI RICOVERI NEI SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA PSICHIATRICI
ASSISTENZA ALBERGHIERA PER IL GENITORE CHE ASSISTE IL BAMBINO RICOVERATO
TRATTAMENTO CON LITOTRITTORE
PROTESI MAMMARIA

157
204
8
534
802

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
1	1	1C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	433
2	1	1C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	433
3	1	1C	Craniotomia, età < 18 anni	433
4	1	1C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
5	1	1C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
6	1	1C	Decompressione del tunnel carpale	1.645
7	1	1C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	433
8	1	1C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	433
9	1	1M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	300
10	1	1M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	311
11	1	1M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	291
12	1	1M	Malattie degenerative del sistema nervoso	283
13	1	1M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	283
14	1	1M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	283
15	1	1M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	283
16	1	1M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	283
17	1	1M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	283
18	1	1M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	283
19	1	1M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	283
20	1	1M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
21	1	1M	Meningite virale	283
22	1	1M	Encefalopatia ipertensiva	283
23	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	283
24	1	1M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
25	1	1M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
26	1	1M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	332
27	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	347
28	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	336
29	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	292
30	1	1M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	400
31	1	1M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	465
32	1	1M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	397

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
33	1	1M	Comozione cerebrale, età < 18 anni	461
34	1	1M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	316
35	1	1M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	283
36	2	2C	Interventi sulla retina	478
37	2	2C	Interventi sull'orbita	478
38	2	2C	Interventi primari sull'iride	478
39	2	2C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2.056
40	2	2C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	478
41	2	2C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	478
42	2	2C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	478
43	2	2M	Ifema	304
44	2	2M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	304
45	2	2M	Malattie neurologiche dell'occhio	325
46	2	2M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	314
47	2	2M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	304
48	2	2M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	348
49	3	3C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	367
50	3	3C	Sialoadenectomia	367
51	3	3C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	367
52	3	3C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	367
53	3	3C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.449
54	3	3C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	2.289
55	3	3C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	2.188
56	3	3C	Rinoplastica	367
57	3	3C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.623
58	3	3C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.534
59	3	3C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.116
60	3	3C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	739
61	3	3C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	2.586
62	3	3C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.479
63	3	3C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	367
64	3	3M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	311
65	3	3M	Alterazioni dell'equilibrio	290

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
66	3	M	Epistassi	302
67	3	M	Epiglottite	391
68	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	294
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	290
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	290
71	3	M	Laringotracheite	290
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso	406
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	339
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	397
75	4	C	Interventi maggiori sul torace	378
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	378
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	378
78	4	M	Embolia polmonare	269
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	264
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	264
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	357
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	284
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC	313
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	291
85	4	M	Versamento pleurico con CC	275
86	4	M	Versamento pleurico senza CC	265
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	296
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	264
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	264
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	264
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	265
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	264
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	264
94	4	M	Pneumotorace con CC	279
95	4	M	Pneumotorace senza CC	264
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	264
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	264
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	276

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
99	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	264
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	264
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	303
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	283
103	5	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	574
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	574
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	574
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA	574
107	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	574
109	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	574
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	574
112	5	C	NON PIU' VALIDO	-
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	574
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	574
115	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
116	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	5.335
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	7.070
119	5	C	Legatura e stripping di vene	2.079
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	574
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	324
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	321
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	476
124	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.966
125	5	M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	1.901
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	306
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	306

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde	306
129	5	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	363
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC	306
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	306
132	5	M	Aterosclerosi con CC	306
133	5	M	Aterosclerosi senza CC	306
134	5	M	Iperensione	306
135	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	306
136	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	306
137	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	508
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	352
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	306
140	5	M	Angina pectoris	306
141	5	M	Sincope e collasso con CC	306
142	5	M	Sincope e collasso senza CC	306
143	5	M	Dolore toracico	419
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	314
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	306
146	6	C	Resezione rettale con CC	353
147	6	C	Resezione rettale senza CC	353
148	6	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	353
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali con CC	353
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	353
152	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	353
153	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	353
154	6	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
155	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	353
156	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	353
157	6	C	Interventi su ano e stoma con CC	353
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC	353
159	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	5.365
				2.618

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.129
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2.028
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.451
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	353
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	353
166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	353
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	353
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC	3.982
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	367
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	353
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	353
172	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	296
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	294
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC	291
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC	271
176	6	M	Ulcera peptica complicata	295
177	6	M	Ulcera peptica non complicata con CC	271
178	6	M	Ulcera peptica non complicata senza CC	271
179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino	271
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC	283
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC	271
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	271
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	271
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	292
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	339
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	318
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	406
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	294
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	275
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	303
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	407
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	407

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
193	7 C		Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	407
194	7 C		Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	407
195	7 C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	407
196	7 C		Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	407
197	7 C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	407
198	7 C		Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	407
199	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	407
200	7 C		Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	407
201	7 C		Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	407
202	7 M		Cirrosi e epatite alcolica	349
203	7 M		Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	299
204	7 M		Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	288
205	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	298
206	7 M		Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	296
207	7 M		Malattie delle vie biliari con CC	288
208	7 M		Malattie delle vie biliari senza CC	288
209	8 C		NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
210	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	389
211	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	389
212	8 C		Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	389
213	8 C		Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	389
214	8 C		NON PIU' VALIDO	-
215	8 C		NON PIU' VALIDO	-
216	8 C		Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	389
217	8 C		Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	389
218	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	389
219	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	3.032
220	8 C		Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	2.793
221	8 C		NON PIU' VALIDO	-
222	8 C		NON PIU' VALIDO	-

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera	
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.618	(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	2.235	(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)
225	8	C	Interventi sul piede	2.491	(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC	389	
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	389	
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	389	
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.676	(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	2.527	(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)
231	8	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a		
232	8	C	Artroscopia	2.162	(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	389	
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	389	
235	8	M	Fratture del femore	314	
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi	322	
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	271	
238	8	M	Osteomielite	298	
239	8	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	318	
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo con CC	291	
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	264	
242	8	M	Artrite settica	329	
243	8	M	Afezioni mediche del dorso	264	
244	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	314	
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	262	
246	8	M	Artropatie non specifiche	262	
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	275	
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite	268	
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	328	
250	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	504	
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	365	
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	400	
253	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	351	
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	262	
255	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	394	

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	305
257	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	356
258	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	356
259	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	356
260	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.607
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	2.758
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	356
263	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	356
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	356
265	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	356
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	356
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali	356
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	356
269	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	356
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	356
271	9	M	Ulcere della pelle	256
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC	303
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC	256
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella con CC	351
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella senza CC	292
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	287
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC	256
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC	256
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni	296
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	360
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	354
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	552
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	270
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	256
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	379
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	379
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	379
288	10	C	Interventi per obesità	379

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	379
290	10	C	Interventi sulla tiroide	2.732
291	10	C	Interventi sul dotto tiroglossoso	379
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	379
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	379
294	10	M	Diabete, età > 35 anni	265
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	332
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	271
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	265
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	271
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	373
300	10	M	Malattie endocrine con CC	305
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	305
302	11	C	Trapianto renale	332
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	332
304	11	C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia con CC	332
305	11	C	Interventi su rene e uretere , non per neoplasia senza CC	5.318
306	11	C	Prostatectomia con CC	332
307	11	C	Prostatectomia senza CC	332
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC	332
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC	332
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC	332
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.257
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	332
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	2.315
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	332
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	332
316	11	M	Insufficienza renale	354
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	325
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	364
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	272
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	270
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	262

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	302
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o littripsia mediante ultrasuoni	321
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	262
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	329
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	288
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	307
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	352
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	264
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	339
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	288
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	282
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	375
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	417
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	417
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	417
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	417
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	417
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.739
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.595
341	12	C	Interventi sul pene	3.459
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni	1.596
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni	990
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	417
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	417
346	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	318
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	291
348	12	M	Iperplasia prostatica benigna con CC	287
349	12	M	Iperplasia prostatica benigna senza CC	287
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	294
351			Sterilizzazione maschile	
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	515
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	471
354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	471

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	471
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	471
357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	471
358	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	471
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	2.792
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	471
361	13	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	1.821
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	1.145
363	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.631
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1.609
365	13	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	471
366	13	M	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	339
367	13	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	307
368	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	303
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	342
370	14	C	Parto cesareo con CC	605
371	14	C	Parto cesareo senza CC	605
372	14	M	Parto vaginale con diagnosi complicanti	348
373	14	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	347
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	605
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	605
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	347
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	605
378	14	M	Gravidanza ectopica	347
379	14	M	Minaccia di aborto	347
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	379
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.478
382	14	M	Falso travaglio	367
383	14	M	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	347
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	347
385	15		Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	332
386	15		Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	302
387	15		Prematurità con affezioni maggiori	286

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
388	15		Prematurità senza affezioni maggiori	227
389	15		Neonati a termine con affezioni maggiori	227
390	15		Neonati con altre affezioni significative	227
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni	527
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni	527
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	527
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	324
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	336
397	16	M	Disturbi della coagulazione	476
398	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	400
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	324
400	17	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	357
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	357
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	406
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	335
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	763
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	1.889
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	1.352
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	357
409	17	M	Radioterapia	397
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	377
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	335
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	383
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	335
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	335
415	18	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
416	18	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni	356
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	356
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	356
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	356
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni	356

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	356
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	360
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	295
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	303
426	19	M	Nevrosi depressive	295
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	295
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	295
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	295
430	19	M	Psicosi	295
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	295
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	295
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	334
434	20	M	NON PIU' VALIDO	-
435	20	M	NON PIU' VALIDO	-
436	20	M	NON PIU' VALIDO	-
437	20	M	NON PIU' VALIDO	-
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	428
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	428
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	428
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	428
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	428
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC	312
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	312
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni	363
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni	331
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni	312
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	332
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	322
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	383
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC	349
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC	312
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	385
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	356

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
456	22	M	NON PIU' VALIDO	-
457	22	M	NON PIU' VALIDO	-
460	22	M	NON PIU' VALIDO	-
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	243
462	23	M	Riabilitazione	260
463	23	M	Segni e sintomi con CC	295
464	23	M	Segni e sintomi senza CC	243
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	243
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	328
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	300
469			Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	73
470			Non attribuibile ad altro DRG	73
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	389
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	875
475	4	M	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
478	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	574
484	24	C	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	471
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	471
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	471
487	24	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	501
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	398
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	398
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	398
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	389
492			Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	623
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	407
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.905
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	389
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	389
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	389
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	389

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.005
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	389
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	389
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.999
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	484
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	341
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	200
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	398
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	354
514	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	574
516	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
517	5	C	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a	
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	574
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	389
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	389
521	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	245
522	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	156
523	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	219
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria	283
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	574
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	433
529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	433
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	433
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC	433
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	433
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC	433
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC	433
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	574

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B
TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
 (importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
536	5 C		Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	574
537	8 C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	2.549
538	8 C		Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2.549
539	17 C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	357
540	17 C		Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	357
543	1 C		Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	433
544	8 C		Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	389
545	8 C		Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	389
546	8 C		Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	389
547	5 C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	574
548	5 C		Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	574
549	5 C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	574
550	5 C		Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	574
551	5 C		Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	11.588
552	5 C		Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.602
553	5 C		Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	574
554	5 C		Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	574
555	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	574
556	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	574
557	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	574
558	5 C		Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	574
559	1 M		Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	283
560	1 M		Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	350
561	1 M		Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	350
562	1 M		Convulsioni, età > 17 anni con CC	298
563	1 M		Convulsioni, età > 17 anni senza CC	283
564	1 M		Cefalea, età > 17 anni	283
565	4 M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	516
566	4 M		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	516
567	6 C		Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	353

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

(compresi eventuali altri accessi nello stesso ricovero)

ALLEGATO 6 - FASCIA B

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO
(importi in EURO)

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE DRG 24a versione	Tariffa giornaliera
568			Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	353
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	353
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	353
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago	291
572	6	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	271
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	332
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	324
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	356
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	356
577	1	C	Inserzione di stent carotideo	433
578	18	M	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	356
579	18	M	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	356

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA**ALLEGATO 7**

Le tariffe relative ai DRG di seguito riportati sono determinate nella misura del 100 % dell'importo stabilito per i ricoveri ordinari e sono applicate ai ricoveri ordinari eseguiti con degenza non superiore alle 48 ore e ai ricoveri in day hospital.

E' quindi facoltà del medico accettante decidere se il paziente può essere ammesso in regime di day-hospital, nel qual caso non è previsto il pernottamento, oppure in regime di ricovero ordinario "breve" (ricovero ordinario "di un giorno", cioè inferiore alle 48 ore).

Nella fattispecie, indipendentemente dalle condizioni cliniche presentate dal paziente, la tariffa relativa ai DRG sottoriportati è la stessa sia per il ricovero ordinario con degenza superiore alle 48 ore, sia per il ricovero ordinario di un giorno (allegato 1 di fascia A e allegato 3 di fascia B) sia per il ricovero in day hospital indipendentemente dal numero degli accessi (allegato 2 di fascia A e allegato 4 di fascia B).

L'applicazione della tariffa determinata nella misura del 100 % per i DRG 53, 54, 55, 61, 62, 168 è subordinata all'aderenza alle linee guida prodotte dalla Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale (supplemento 60 di Acta Otorhinolaryngologica Italica, 1998, vol. 18, no 5), come concordato con i Responsabili delle Unità Operative Otorinolaringoiatriche ospedaliere del Friuli-Venezia Giulia.

DRG CON TARIFFA AL 100 % DEL RICOVERO ORDINARIO:

6	Decompressione del tunnel carpale
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
53	Interventi su seni e mastoide, età >17
54	Interventi su seni e mastoide, età < 18
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
57	Interventi su tonsille o adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17
58	Interventi su tonsille o adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18
115	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a
116	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a
117	Revisione di pace-maker cardiaco, eccetto sostituzione
118	Sostituzione di pace-maker cardiaco
119	Legatura e stripping di vene
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata
159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 con C.C.
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 senza C.C.
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 con C.C.
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza C.C.
163	Interventi per ernia, età < 18
168	Interventi sulla bocca con CC
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17, senza C.C.
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età <18
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore, con C.C.
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto inter. maggiori su articolazioni, senza C.C.
225	Interventi sul piede
229	Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza C.C.
230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
231	NON PIU' VALIDO per il grouper 24a

REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA

- 232 Artroscopia
- 260 Mastectomia subtotale per neoplasie maligne, senza C.C.
- 261 Interventi sulla mammella non per neoplasia, eccetto biopsia e escissione locale
- 290 Interventi sulla tiroide
- 305 Interventi **su rene e uretere**, non per neoplasia senza CC
- 311 Interventi per via transuretrale, senza C.C.
- 313 Interventi sull'uretra, età >17, senza C.C.
- 339 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17
- 340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18
- 341 Interventi sul pene
- 342 Circoncisione, età > 17
- 343 Circoncisione, età < 18
- 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza C.C.
- 361 Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
- 362 Occlusione endoscopica delle tube
- 363 Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto di materiale radioattivo per neoplasie maligne
- 364 Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
- 381 Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
- 494 Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc
- 500 Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza CC
- 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
- 537 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
- 538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
- 551 Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
- 552 Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

ALLEGATO 8

TARiffe DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA IN REGIME DI DEGENZA (tariffa giornaliera)

DRG 1-35	MDC 1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	Tariffa in Euro
DRG 103-108 110-145 478 479	MDC 5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	273
DRG 209-256 471 491	MDC 8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoscheletrico e del tessuto connettivo	259
DRG 75-102 475	MDC 4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	252
DRG afferenti ad altre categorie diagnostiche principali			252

ISTRUZIONI PER LE STRUTTURE PUBBLICHE:

La valorizzazione dei ricoveri avvenuti negli ospedali per acuti di pazienti che sono stati sottoposti durante il ricovero anche ad un trattamento riabilitativo nei reparti di riabilitazione avviene attribuendo la tariffa DRG della parte di ricovero ordinario e la tariffa di riabilitazione (per giornata di degenza - base alla MDC) secondo l'allegato 8, per le giornate di trattamento riabilitativo. Per permettere il corretto calcolo dei due importi si dovrà procedere alla dimissione del paziente, una volta terminata la fase "acuta" del ricovero e ad una ammissione (nuovo ricovero) al momento dell'ingresso nel reparto di riabilitazione. Si sottolinea inoltre che la prima diagnosi della SDO relativa al secondo ricovero sarà la patologia che ha reso necessario il trattamento riabilitativo (al contrario in caso di accoglimento del paziente dall'esterno, la prima diagnosi sarà il trattamento riabilitativo - cod. V57.1)

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

09_SO15_1_DGR_1535_2_ALL19

ALLEGATO 9
RIABILITAZIONE INTENSIVA DI III LIVELLO - codice specialità 75

TARIFFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA E DAY HOSPITAL (tariffe giornaliere)

	ricovero ordinario			day hospital
DRG 9 - 35	MDC 1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	374	264
DRG 45 - 48	MDC 2	Malattie e disturbi dell'occhio	374	264
DRG 235 - 256	MDC 8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoscheletrico e del tessuto connettivo	374	264
DRG 298 - 299	MDC 10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	374	264
DRG 425 - 432	MDC 19	malattie e disturbi mentali	374	264

La tariffa di 374 euro si intende per ogni giornata di degenza in regime di ricovero ordinario indipendentemente dalla durata della degenza e dalla MDC di appartenenza del ricovero

La tariffa di 264 euro si intende per ogni accesso in regime di ricovero diurno indipendentemente dalla MDC di appartenenza del ricovero

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

09_SO15_1_DGR_1535_2_ALL10

REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA**ALLEGATO 10****PRESTAZIONI SANITARIE, CORRELATE ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO, INCREMENTATIVE DELLA TARIFFA D.R.G.****1. Attività di osservazione seguita da prelievo d'organo da cadavere per trapianto.**

La Regione riconosce un finanziamento aggiuntivo per l'attività di osservazione seguita da prelievo d'organo che abbia per oggetto esclusivamente prelievi di organi quali cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas da donatore cadavere, escludendo i prelievi da donatore vivente (es. midollo osseo).

Il riconoscimento economico dell'attività di osservazione e prelievo avviene sulla base della tariffa di 2.606 Euro ad organo espantato.

In sede di chiusura del bilancio d'esercizio l'Agenzia Regionale della Sanità provvede a validare le informazioni pervenute dalle Aziende regionali relative ai casi di osservazione seguita da prelievo verificatisi nell'anno.

La Regione finanzia l'attività effettuata al netto delle fatture emesse per attività di osservazione e prelievo e/o trasporto nei confronti di Aziende sanitarie di altre regioni sede del trapianto.

La Regione inoltre rimborsa alle aziende regionali le fatture liquidate a favore di aziende sanitarie extraregionali relative alle attività in questione.

Per quanto riguarda la regolamentazione dei flussi informativi e le modalità di recupero economico tramite fatturazione diretta dell'attività di osservazione/prelievo e/o trasporto, oggetto di scambio tra aziende appartenenti a regioni diverse, si rimanda alle regole stabilite in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

A chiusura dell'esercizio, entro il mese di febbraio di ciascun anno, le aziende sanitarie produrranno all'Agenzia Regionale della Sanità il riepilogo del:

- a) numero di organi prelevati da cadavere per successivo trapianto eseguiti nell'anno precedente;
- b) importo delle fatture emesse nei confronti di aziende extraregionali per l'attività di osservazione, prelievo e/o trasporto di competenza dell'anno precedente;
- c) importo delle fatture liquidate a favore di aziende extraregionali per l'attività di osservazione, prelievo e/o trasporto di competenza dell'anno precedente.

2. Trattamento con litotritore

La tariffa del D.R.G. 323 "calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni" nel caso di day hospital ed utilizzo del litotritore viene incrementata di 516 Euro nel caso di impiego del litotritore nelle procedure utilizzate durante il day hospital.

Per il riconoscimento economico, le Aziende dovranno segnalare l'utilizzo del litotritore inserendo nella SDO i codici di procedura ICD9-CM 98.51 "Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica" e 98.52 "Litotripsia extracorporea della colecisti e/o dotto biliare".

3. Assistenza alberghiera per il genitore che assiste il bambino ricoverato

L'assistenza alberghiera per il genitore che assiste il bambino ricoverato viene valorizzata in 8 Euro per singolo episodio di ricovero pediatrico fino agli 8 anni (età del paziente ricoverato inferiore al compimento dei 9 anni). Il riconoscimento, in aggiunta al D.R.G. pediatrico, prescinde dalla effettiva presenza del genitore e dal numero di giornate di degenza.

4. Impianto di protesi mammaria

L'impianto di protesi mammaria viene valorizzato in 775 Euro per impianto di protesi monolaterale e di 1.550 Euro per impianto di protesi bilaterale se conseguente ad intervento di mastectomia per neoplasia.

Tali importi vanno ad incrementare la tariffa D.R.G. qualora le Aziende segnalino l'impianto di protesi mammaria inserendo nella SDO i codici di procedura ICD9-CM 85.53 "Impianto di protesi monolaterale" e 85.54 "Impianto di protesi bilaterale – Impianto mammario NAS".

REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA

Le Aziende sono inoltre tenute a verificare e certificare, attraverso l'inserimento nella SDO del codice di diagnosi V 10.3 "Anamnesi personale di tumore maligno - Mammella", che l'impianto di protesi mammaria è conseguente ad un intervento di mastectomia per neoplasia, eseguito sia da strutture regionali che extraregionali.

5. Stimolatore cerebrale

A partire dal 2004 l'impianto di stimolatore cerebrale viene valorizzato in 16.543 Euro incrementativi del D.R.G. di esecuzione dell'intervento.

Per il riconoscimento economico le Aziende dovranno segnalare l'impianto dello stimolatore cerebrale inserendo nella S.D.O. il codice intervento 02.93 associato a diagnosi 332.0

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA parte I-II-III (fascicolo unico)

DIREZIONE E REDAZIONE (pubblicazione atti nel B.U.R.)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PRESIDENZA DELLA REGIONE - SEGRETARIATO GENERALE
SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA E DELLA GIUNTA
Piazza dell'Unità d'Italia 1 - 34121 Trieste
Tel. +39 040 377.3607
Fax +39 040 377.3554
e-mail: ufficio.bur@regione.fvg.it

AMMINISTRAZIONE (abbonamenti, fascicoli, spese di pubblicazione atti nella parte terza del B.U.R.)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO E SERVIZI GENERALI
SERVIZIO PROVVEDITORATO E SERVIZI GENERALI
Corso Cavour 1 - 34132 Trieste
Tel. +39 040 377.2037
Fax +39 040 377.2383
e-mail: s.provveditorato.bur@regione.fvg.it

VENDITA FASCICOLI FUORI ABBONAMENTO dell'anno in corso e di annate pregresse

Rivolgersi all'ufficio AMMINISTRAZIONE sopra indicato.

PREZZI E CONDIZIONI in vigore dal 1° gennaio 2008
(ai sensi della delibera G.R. n. 2930 dd. 1 dicembre 2006 e n. 3142 dd. 14 dicembre 2007)

ABBONAMENTI

- | | | |
|-----------------------------|---|---------|
| • Periodo di abbonamento | | 12 MESI |
| • Tipologie di abbonamento: | • FORMA CARTACEA (*) | € 90,00 |
| | • PRODUZIONE SU CD (versione certificata) | € 75,00 |
| | • ACCESSO WEB (versione certificata) | € 60,00 |

(*) A partire dal 1° gennaio 2008 i fascicoli rientranti nel periodo di abbonamento la cui consistenza è superiore alle 400 pagine saranno forniti ai beneficiari esclusivamente su supporto CD. La fornitura in forma cartacea sarà eseguita previo pagamento del corrispettivo importo di Euro 15,00 (spese spedizione comprese) per i fascicoli pubblicati nell'anno della richiesta e raddoppiato se la richiesta fa riferimento ad un fascicolo pubblicato in anni precedenti. La relativa richiesta dovrà essere effettuata secondo le modalità riportate nella sezione "BOLLETTINO UFFICIALE -> ACQUISTO FASCICOLI" all'indirizzo Internet: www.regione.fvg.it

- Per gli abbonamenti con destinazione estero i suddetti prezzi sono raddoppiati.
- L'abbonamento al B.U.R. tramite accesso WEB e su CD prevede la fornitura gratuita di un CD contenente la raccolta completa dei fascicoli pubblicati nell'anno.
- AGEVOLAZIONE RICONOSCIUTA ALLE DITTE COMMISSIONARIE che sottoscrivono un abbonamento per conto terzi: 20% (ventipercento)

FASCICOLI

- PREZZO UNITARIO DEL FASCICOLO, prodotto sia su CD che in forma cartacea, forfetariamente per tutti i tipi di fascicoli:

ANNO CORRENTE	€ 5,00
ANNO ARRETRATO	€ 10,00

ad eccezione dei fascicoli prodotti in forma cartacea la cui consistenza è superiore alle 400 pagine, per i quali è fissato il seguente prezzo unitario:

- | | |
|----------------|---------|
| ANNO CORRENTE | € 15,00 |
| ANNO ARRETRATO | € 30,00 |
- PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un anno solare € 30,00
 - RIPRODUZIONE in copia cartacea dei numeri esauriti, o per urgente necessità del committente: pari al prezzo fissato per il fascicolo originale.
 - Per le forniture dei fascicoli con destinazione estero i suddetti prezzi sono raddoppiati.

MODALITÀ E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO E FORNITURA DEI FASCICOLI

L'attivazione ed il rinnovo di un abbonamento e la fornitura di singoli fascicoli avverranno previo pagamento ANTICIPATO del corrispettivo prezzo nelle forme in seguito precisate. A comprova dovrà essere inviata al sottoriportato ufficio la copia della ricevuta quietanzata, che, nel caso si trattasse di un rinnovo dovrà pervenire entro il giorno 20 del mese successivo alla data di scadenza al fine di evitare disagi nel prosieguo dell'abbonamento:

DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO E SERVIZI GENERALI – SERVIZIO PROVVEDITORATO E SS.GG. – CORSO CAVOUR, 1 – 34132 TRIESTE
FAX N. +39 040 377.2383 E-MAIL: s.provveditorato.bur@regione.fvg.it

Dato atto che per i soli prodotti e servizi informatici (**CD, WEB**) sussiste l'obbligo dell'emissione di fattura, nell'anticipare la copia del versamento effettuato è necessario **indicare i dati fiscali dell'acquirente (ragione sociale/nome.cognome – indirizzo completo – codice fiscale/partita IVA).**

- **La decorrenza dell'abbonamento** a seguito di nuova attivazione od una sua riattivazione in quanto scaduto avverrà di norma dal primo numero del mese successivo alla data del versamento o del suo riscontro. **Non è previsto** l'invio dei fascicoli ARRETRATI rientranti nel periodo di abbonamento attivato o riattivato, ma sarà garantita la durata dell'abbonamento in DODICI MESI
- In attesa del riscontro del versamento del canone di rinnovo, di norma l'invio dei fascicoli oltre la data di scadenza dell'abbonamento è prorogato per un'ulteriore mese. Superato detto periodo, l'abbonamento in essere sarà **SOSPESO D'UFFICIO**.
- Un'eventuale **DISDETTA DELL'ABBONAMENTO** dovrà essere comunicata per iscritto e pervenire **ENTRO 15 GIORNI PRIMA della data di scadenza** agli indirizzi del menzionato Servizio provveditorato e SS.GG.
- **I FASCICOLI NON PERVENUTI** nel corso del periodo di un abbonamento dovranno essere richiesti per iscritto agli indirizzi del citato Servizio provveditorato e SS.GG. La relativa fornitura è così disposta:
 - se la segnalazione è effettuata entro SEI SETTIMANE dalla data di pubblicazione del fascicolo: fornitura GRATUITA
 - se la segnalazione supera il suddetto termine: fornitura A PAGAMENTO
- Tutti i prezzi degli abbonamenti e dei fascicoli si intendono comprensivi delle spese di spedizione.

SPESE PUBBLICAZIONE INSERZIONI NELLA PARTE TERZA DEL B.U.R.

Si precisa che ai sensi del nuovo Regolamento recante le norme per le pubblicazioni del B.U.R.:

- - gli atti destinati alla pubblicazione che pervengono alla Redazione del BUR entro le ore 16.00 del lunedì, sono pubblicati il secondo mercoledì successivo.
- - i testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato ad apposita sezione del portale internet della Regione.
 - tale procedura consente, tra l'altro, di determinare direttamente il costo della pubblicazione che il richiedente è tenuto ad effettuare in forma anticipata rispetto l'effettiva pubblicazione sul B.U.R.; l'inoltro del documento in forma cartacea - ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa dei soggetti estensori - comporta l'applicazione di specifiche tariffe più sotto dettagliate, fermo restando il pagamento anticipato della spesa di pubblicazione;
 - gli atti da pubblicare, qualora soggetti all'imposta di bollo, devono essere trasmessi nella forma cartacea in conformità alla relativa disciplina.
- Il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo ed eventuali tabelle da pubblicare. Il relativo conteggio è rilevabile tramite apposita funzione nel programma Word

nonché direttamente dal modulo predisposto nella sezione dedicata nel portale della Regione (fatti salvi la diversa tariffa ed il relativo calcolo previsto per le tabelle e tipologie di documento prodotte in un formato diverso da Word).

- La pubblicazione di avvisi, inserzioni ecc. avverrà previo **PAGAMENTO ANTICIPATO** della corrispettiva spesa nelle forme in seguito precisate, fatte salve specifiche e motivate deroghe.

A comprova, dovrà essere inviata la copia della ricevuta quietanzata alla Direzione centrale patrimonio e servizi generali – Servizio provveditorato e SS.GG. – Corso Cavour, 1 – 34132 Trieste – FAX n. +39 040 377.2383 – utilizzando il modulo stampabile dal previsto link a conclusione della procedura di trasmissione della richiesta di pubblicazione eseguita tramite il portale internet della Regione.

Le tariffe unitarie riferite a testi e tabelle **PRODOTTI IN FORMATO WORD** sono applicate secondo le seguenti modalità:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER CARATTERE, SPAZI, ECC.	
A)	ON-LINE	NON OBBLIGATORIA	TARIFFA BASE	€ 0,050
B)	ON-LINE	OBBLIGATORIA	TARIFFA A) MENO 20%	€ 0,040
A.1)	Forma CARTACEA	NON OBBLIGATORIA	TARIFFA A) PIÙ 50%	€ 0,075
B.1)	Forma CARTACEA	OBBLIGATORIA	TARIFFA B) PIÙ 50%	€ 0,060

- Il costo per la pubblicazione di tabelle e tipologie di documenti **PRODOTTI IN FORMATO DIVERSO DA WORD** sarà computato forfettariamente con riferimento alle succitate modalità di trasmissione e tipo di pubblicazione. Nella fattispecie, le sottoriportate tariffe saranno applicate per ogni foglio di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente il foglio A/4:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER FOGLIO A/4 INTERO O PARTE	
A-tab)	ON-LINE	NON OBBLIGATORIA	TARIFFA BASE	€ 150,00
B-tab)	ON-LINE	OBBLIGATORIA	TARIFFA A) MENO 20%	€ 120,00
A.1-tab)	Forma CARTACEA	NON OBBLIGATORIA	TARIFFA A) PIÙ 50%	€ 225,00
B.1-tab)	Forma CARTACEA	OBBLIGATORIA	TARIFFA B) PIÙ 50%	€ 180,00

- Esclusivamente** per la pubblicazione degli Statuti dei Comuni, delle Province e delle Comunità montane della Regione Friuli Venezia Giulia, e/o loro parziali modifiche, sono applicate le seguenti agevolazioni:
 PROVINCE e COMUNI con più di 5.000 abitanti riduzione del 50% su tariffe B. e B.1
 COMUNI con meno di 5.000 abitanti riduzione del 75% su tariffe B. e B.1
 COMUNITÀ MONTANE riduzione del 50% su tariffe B. e B.1
- Tutte le sopraindicate tariffe s'intendono I.V.A. esclusa**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

I pagamenti del canone di abbonamento, delle spese di acquisto dei fascicoli B.U.R. fuori abbonamento e le spese di pubblicazione degli avvisi, inserzioni, ecc. nella parte terza del B.U.R. dovranno essere effettuati mediante versamento del corrispettivo importo sul conto corrente postale n. **85770709** intestato a **Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Tesoreria - Trieste** (per diverse modalità di pagamento rivolgersi all'Ufficio amministrazione B.U.R. del Servizio provveditorato e SS.GG.).

OBBLIGATORIAMENTE dovrà essere indicata la riferita causale del pagamento, così dettagliata:

- per abbonamenti al B.U.R. "**CARTACEO**" **CAP/E 710 ABB.TO BUR N° ***** (per RINNOVO)**
CAP/E 710 "NUOVO ABB.TO BUR"
- per abbonamenti al B.U.R. "**CD, WEB**" **CAP/E 1710 ABB.TO BUR N° ***** (per RINNOVO)**
CAP/E 1710 "NUOVO ABB.TO BUR"
- per spese pubbl. avvisi, ecc. **CAP/E 708 - INSERZ. BUR - INVIO PROT. N° *******
- per acquisto fascicoli B.U.R. **CAP/E 709 - ACQUISTO FASCICOLO/I BUR**

Al fine della trasmissione dei dati necessari e della riferita attestazione del pagamento sono predisposti degli appositi moduli scaricabili dal sito Internet:

www.regione.fvg.it -> **bollettino ufficiale**, alle seguenti voci:

- abbonamenti:** *modulo in f.to DOC*
- acquisto fascicoli:** *modulo in f.to DOC*
- pubblica sul BUR (utenti registrati):** *il modulo è stampabile ad inoltrare eseguito della richiesta di pubblicazione tramite il portale*

GUIDO BAGGI - Direttore responsabile
 ERICA NIGRIS - Responsabile di redazione
 iscrizione nel Registro del Tribunale di Trieste n. 818 del 3 luglio 1991

in collaborazione con insiel spa
 impaginato con Adobe Indesign CS2®
 stampato da IS COPY s.r.l. Via Flavia 23 - 34148 Trieste